BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

Paris. — Typographie Pougin, quai Voltaire, 13.





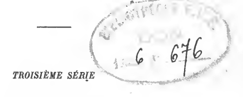
BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872



TROISIÈME SÉRIE

TOME PREMIER



PARIS
VICTOR MASSON ET FILS
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
1872

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1872

Président.	MM. DOLBEAU.
Vice-président.	TRÉLAT.
Secrétaire général. . . .	GUYON.
Secrétaire annuel.	DESPRÉS.
Vice-secrétaire.	TILLAUX.
Trésorier.	GUÉNIOT.
Archiviste.	GIRAUD-TEULON.

LISTE DES MEMBRES TITULAIRES

MM. BLOT (Hippolyte).
BOINET.
BROCA.
CHASSAIGNAC.
CRUVEILHIER (Édouard),
DEMARQUAY.
DÉSORMEAUX.
DESPRÉS.
DOLBEAU.
DUBRUEIL.
DUPLAY.
FORGET.
DE SAINT-GERMAIN.
GIRALDÈS.
GIRAUD-TEULON.
GUÉNIOT

MM. GUÉRIN (Alphonse).
GUYON (Félix).
HOUEL.
HORTELOUP.
LABBÉ (Léon).
LANNELONGUE.
LEFORT (Léon).
MARJOLIN.
PANAS.
PAULET.
PERRIN (Maurice).
SÉE (Marc).
TARNIER.
TILLAUX.
TRÉLAT.
VERNEUIL.

LISTE DES MEMBRES HONORAIRES

MM. BOULEY.
BOUVIER.
CLOQUET (BARON).
CULLERIER.
DEGUISE.
DEPAUL.
GOSSELIN.
HERVEZ DE CHÉGOIN.

MM. HUGUIER.
LARREY (BARON).
LEGOUEST.
MONOD.
NÉLATON.
RICHET.
RICORD.
VOILLEMIER

LISTE DES MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX

MM. ANCELET, de Vailly-sur-Aisme (Aisne).
ARLAUD, chirurgien en chef de la marine à Toulon.
AUBRÉE, de Rennes (Ille-et-Vilaine).
D'AVAT, chirurgien de l'hospice d'Aix (Savoie).
AZAM, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
AZÉMA, médecin à l'île de la Réunion.
BAIZEAU, médecin principal de l'armée.
BARDINET, directeur de l'École de médecine de Limoges.
BERCHON, médecin à Paulliac (Gironde).
BÉRANGER-FÉRAUD, médecin principal de la marine.
BERNARD, à Apt (Vaucluse).
BŒKEL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.
BOUCHACOURT, professeur à id. de Lyon.
BOUISSON, professeur à id. de Montpellier.
BOURGEOIS, médecin à Étampes (Seine-et-Oise).
BOURGUET, médecin de l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône)
CHAMPENOIS, médecin principal de l'armée (hôpital du Gros-Caillou).
CHAPPLAIN, médecin à Marseille.
CHEDEVERGNE, id. à Poitiers.
CLOSMADEUC, chirurgien de l'hôpital de Vannes (Morbihan).
COSTE, professeur à l'École de médecine de Marseille.
COURTY, professeur à la Faculté de Montpellier.

MM. DAUVÉ, médecin-major de l'armée.
DEBROU, médecin de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.
DELACOUR, professeur à l'École de médecine de Rennes.
DELORE, chirurgien à Lyon.
DENUCÉ, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
DIDAY, ex-chirurgien de l'Antiquaille à Lyon
DROUINEAU, chirurgien des hôpitaux civils de la Rochelle (Charente).
DUBOUÉ, chirurgien à Pau.
DUBREUILH, professeur d'accouchement à Bordeaux.
DUMÉNIL, médecin des hôpitaux de Rouen.
ERHMANN, doyen honoraire de la Faculté de Strasbourg.
ERHMANN, médecin à Mulhouse.
GAUJOT, médecin-major de l'armée, au Val-de-Grâce (Paris).
GAYET, médecin à Lyon.
HERRGOTT, professeur agrégé à Nancy.
HEURTAUX, chirurgien à Nantes.
HOUZÉ DE L'AUNOIT, médecin à Lille.
HOUZELOT, chirurgien à Meaux (Seine-et-Marne).
ISNARD, chirurgien d'armée, en retraite.
JOÜON, chirurgien à Nantes.
KŒBERLÉ, professeur agrégé à Strasbourg.
LANNELONGUE, chirurgien à Bordeaux.
LEJEAL, chirurgien à Valenciennes.
LETENNEUR, professeur à l'École de médecine de Nantes.
LIZÉ, chirurgien au Mans (Sarthe).
MASCAREL, médecin à Châtellerault (Vienne).
MICHEL, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
MIRAULT, chirurgien à Angers.
MONTEILS, médecin à Mende (Lozère).
MORDRET, chirurgien au Mans.
MOREL, médecin de l'Hôtel-Dieu de Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir).
NOTTA, chirurgien à Lisieux (Calvados).
OLLIER, id. à Lyon.
ORÉ, id. à Bordeaux.
PARISE, professeur à l'École de médecine de Lille.
PATRY, médecin à Sainte-Maure (Indre-et-Loire)
PETREQUIN, médecin à Lyon.
PHILLIPPEAUX, id. à Lyon.
PIRONDI, chirurgien de l'hôpital militaire à Marseille.
PLOUVIEZ, médecin à Paris.

PRESTAT, médecin à Pontoise (Seine-et-Oise).
PUTÉGNAT, id, à Lunéville (Meurthe).
ROCHARD, président du conseil de santé à Brest (Finistère)
J. ROUX, professeur à Toulon.
SALMON, chirurgien à Chartres.
SARAZIN, médecin-major de l'armée.
SÉDILLOT, professeur honoraire de la Faculté de Strasbourg (Paris).
SISTACH, médecin-major de l'armée.
SOULÉ, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
STOLZ, doyen de la Faculté de médecine de Nancy.
THOMAS (Louis), médecin à Tours.
VALETTE, professeur à l'École de médecine de Lyon.
VALLET, chirurgien des hôpitaux d'Orléans.
VIARD, médecin à Montbard (Côte-d'Or).

LISTE DES MEMBRES ASSOCIÉS

ÉTRANGERS

MM. ADAMS (Robert), de Dublin.
CHELIUS, à Heidelberg.
GRIMM, à Berlin.
HOGDSON, à Londres.
LANGENBECK, à Berlin.
LEBERT, à Breslau.
PAGET (James), à Londres.

MM. PIROGOFF, à Heidelberg.
PORTA, à Pavie.
ROKITANSKI, à Vienne.
SCANZONI, à Wurtzbourg.
VANZETTI, à Padoue.
VLEMINCX, à Bruxelles.

LISTE DES CORRESPONDANTS

ÉTRANGERS

MM. BARDELEBEN, de Berlin.
BASSOW, à Moscou.
BECK, à Friburg-en-Brisgau.
BEREND, à Berlin.
BIRKETT, à Londres.
BILLROTH (TH.), à Vienne.
BLASIUS, à Halle.
BŒCK (W.), à Christiania.
BORELLI, à Turin.
BOWMANN, à Londres.
BRODHURST, de Londres.
BROWN-SEQUARD, à New-York
BRUSS (VICTOR), à Tübingen.
BUREN (VAN), à New-York.
BURGRÆVE, à Gand.
CINISELLI, à Crémone.
COOTE (HOLMES), à Londres.
CORNAZ, à Neufchâtel.
CREDE, à Leipzig.
CROCQ, à Bruxelles.
DEROUBAIX, à Bruxelles.
DUPIERRIS père, à la Havane.
EMMERT, à Berne.
ESMARCH, à Kiel.
FABRI, à Ravenne.
FLEMING, à Dublin.
FRIEDBERG, à Berlin.
GAMGEE, à Birmingham.
GAUTHIER, à Genève.
GHERINI, à Milan.
GURLT, à Berlin.
HAMILTON à Dublin

MM. HAMMER, à Saint-Louis (Missouri).
HANNOVER, à Copenhague.
HEWETT PRESCOTT, à Londres.
HEYFELDER fils (OSCAR), à Saint-Pétersbourg.
HOLMES (T.), à Londres.
HUMPHRY (G.-M.), à Cambridge.
HUTCHINSON (J.), à Londres.
KRASSOWSKI, à St-Pétersbourg.
LARGHI, à Bologne.
LONGMORE (TH.), à Betley-Southampton.
MAC LEOD, à Glascow.
MAYOR fils (ISAAC), à Genève.
MELCHIORI (GIOVANNI), à Milan.
MICHAELIS, à Vienne.
MICHAUX, à Louvain.
NEUDORFER (G.), à Prague.
PAULI, à Landau.
PIACHAUD, à Genève.
PITHA, à Prague.
RIED, à Iéna.
RIZZOLI, à Bologne.
ROTHMUND, à Munich.
SAND COX, à Birmingham.
SANGALLI, à Pavie.
SEM, à Genève.
SIMON (GUSTAVE), à Rostock.
SIMON JOHN, à Londres.
SOUPART, à Gand.
SPENCER WELLS, à Londres.
SPERINO (CASIMIR), à Turin.
TESTA, à Naples.
THOMPSON (H.), à Londres.
VERHAEGHE, à Ostende.
ZEIS (ÉDOUARD), à Dresde.

LISTE DES PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DEPUIS SA FONDATION

1844. A. BÉRARD.
1845. MICHON.
1846. MONOD.
1847. LENOIR.
1848. ROBERT.
1849. CULLERIER.
1850. DEGUISE père.
1851. DANYAU.
1852. LARREY.
1853. GUERSANT.
1854. DENONVILLIERS.
1855. HUGUIER.
1856. GOSSELIN.
1857. CHASSAIGNAC.
1858. BOUVIER.
1859. DEGUISE fils.
1860. MARJOLIN.
1861. LABORIE.
1862. MOREL LAVALLÉE.
1863. DEPAUL.
1864. RICHET.
1865. BROCA.
1866. GIRALDÈS.
1867. FOLLIN.
1868. LEGOUEST.
1869. VERNEUIL.
1870. A. GUÉRIN.
1871. BLOT.

PARIS. — IMP. SIMON RAÇON ET COMP., RUE D'ERFURTH, 1.

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

SÉANTE RUE DE L'ABBAYE

SÉANCE DU 24 JANVIER 1872.

Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

— La *Gazette des Hôpitaux*; — L'*Union médicale;* — La *Gazette hebdomadaire;* — Le *Bulletin général de thérapeutique;* — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques;* — Le *Marseille médical*; — Le *Lyon médical*; — *Bulletin médical du Nord de la France;* — Le *Bulletin médical de l'Aisne.*

— Trois mémoires en italien : *Sur l'usage du camphre en poudre dans la pourriture d'hôpital*, par le docteur Francesco Dichiara. — *Vaginotomie pour un vagin double,* par le docteur Rizzoli. — *Fracture artificielle du fémur droit pour remédier à une claudication du membre gauche*, par le docteur Rizzoli.

M. LARREY présente : *Notes et souvenirs d'ambulance*, par

M. William Mac Cornac. — *Études médicales sur Baréges*, par le docteur Armieux.

INSTALLATION DU BUREAU

M. BLOT. Au moment de quitter le bureau, j'éprouve le besoin de vous exprimer toute ma gratitude.

Quand j'ai pris possession du fauteuil de la présidence, je vous disais, très-sincèrement et sans fausse modestie, que je ne me faisais aucune illusion sur les motifs qui me valaient cet honneur. Pour moi, je le devais surtout aux sentiments de sympathie et d'estime qui ont toujours existé entre vous et moi. Ces sentiments, vous me les avez continués, et ma tâche a été ainsi rendue singulièrement plus facile. Merci donc de nouveau, merci du fond du cœur.

Après ces paroles, M. Blot, président sortant, invite M. Dolbeau, président pour l'année 1872, à prendre place au fauteuil. M. Guyon prend place au bureau comme secrétaire général.

M DOLBEAU prend la parole.

Messieurs et chers collègues ,

Vous m'avez comblé lorsque vous avez bien voulu me désigner pour présider la Société de chirurgie pendant l'année 1872.

Comme tous ceux qui m'ont précédé, je sens le prix de l'honneur qui m'est fait, je comprends les devoirs qui me sont imposés.

Je ne vous parlerai pas, messieurs, de mon insuffisance, je vous dirai simplement que toute ma bonne volonté vous est acquise.

J'ai le désir de bien diriger vos travaux, j'y mettrai tous mes soins, toute l'impartialité qu'on est en droit d'attendre d'un bon président.

La Société de chirurgie est toujours prospère ; elle jouit d'une juste et légitime influence; sa vitalité est telle que, malgré nos tourments, nos angoisses patriotiques, nous avons tenu séance régulièrement pendant toute la durée du siége de Paris, ne suspendant pas nos travaux lorsque les obus allemands menaçaient la salle de nos réunions, mais seulement lorsqu'il nous fallait courir notre poste, là où se trouvaient nos pauvres blessés. Dans ces

jours de lutte désespérée, alors qu'il s'agissait de sauver l'honneur du pays, nous pouvons le dire hautement, le corps des chirurgiens a noblement fait son devoir.

En ces temps de regrets et d'abaissement, alors qu'il est déjà question de rénovation, c'est à la science de montrer le but, c'est à chacun de nous de tracer le sillon.

Les sociétés savantes doivent toutes rivaliser de zèle; la Société de chirurgie ne restera certainement pas en arrière. Peut-être eût-il été désirable, en ces circonstances exceptionnelles, de voir à votre tête un président plus autorisé.

Je tâcherai, puisque le soin m'en est échu, de diriger vos travaux dans une voie de progrès.

Je le disais il n'y a qu'un instant, la situation de la Société de chirurgie est toujours prospère; toutefois, diverses circonstances seraient de nature à ralentir notre course, à diminuer notre légitime autorité. Ces circonstances, il est de mon devoir de vous les signaler, je fixerai donc un instant votre attention sur ce sujet.

La Société de chirurgie a possédé dans son sein toutes les illustrations chirurgicales; son influence, sa réputation, dirai-je, elle les a dues surtout aux hommes éminents qui ont été ses fondateurs. Aujourd'hui, presque tous les membres fondateurs sont morts, il n'en reste plus qu'un très-petit nombre; aussi les entourons-nous du respect et de la considération auxquels ils ont droit. Outre nos morts, il y a un grand nombre d'absents; ceux-ci nous ont quittés, je ne dirai pas pour se fixer dans des régions scientifiques plus élevées, ils ont été entraînés loin de nous par des obligations chaque jour plus nombreuses. Nous n'avons certes pas de reproches à leur adresser, nous n'avons que des regrets à formuler. Les vides, il faut les combler, il faut surtout désirer qu'ils ne se multiplient pas; nous prions les anciens de rester parmi nous. Que ceux qui se sentiraient entraînés vers le repos réfléchissent avant de nous quitter; qu'ils songent que la Société de chirurgie fut en quelque sorte le berceau de leur réputation; il ne faut pas qu'ils ignorent que leur retraite ferait tort à la cause commune, je les prie de ne pas oublier l'accueil toujours si déférent qu'ils reçoivent des nouveaux élus.

Oui, messieurs, et cela est la vérité, trop d'anciens noms nous ont quittés, et la Société de chirurgie s'est trouvée privée de bien des appuis naturels. Ce n'est pas que notre œuvre puisse être compromise; l'édifice en est solide, et il y a ici de jeunes et robustes bras capables de le soutenir.

L'absence des anciens a pesé d'une notable influence sur les tra-

vaux de la Société; les discussions approfondies qui nécessitent la grande expérience ont à peu près disparu pour faire place à des communications toujours intéressantes, mais qui, le plus souvent, ne comportent aucune généralisation.

Il suffit de lire nos procès-verbaux pour se convaincre que les matériaux n'ont jamais manqué; mais il est certain que les grandes questions de la chirurgie ont fait place à l'étude des faits particuliers.

Sans doute, l'analyse donne de bons résultats, mais rien n'égale les produits de la synthèse.

Tout en laissant à l'initiative personnelle le soin de rapporter ici les faits intéressants et, par suite, de nous fournir l'occasion de discussions utiles, j'ai pensé que le Président pourrait intervenir et mettre en quelque sorte la Société en demeure de se prononcer sur certains problèmes qui intéressent au plus haut point les progrès de la chirurgie. Comment se fait-il que nous soyons restés muets sur bien des questions? Pourquoi ne pas traiter à nouveau le grand sujet de la réunion en chirurgie? Pourquoi ne pas nous expliquer sur le pansement des plaies? Qui nous empêche de mettre à l'ordre du jour l'étude de bien des opérations qu'on pourrait appeler nouvelles : l'ovariotomie, les résections sous-périostées, la lithotritie, l'orthopédie; enfin, vous ne l'ignorez pas, le monde savant attend les résultats qu'a pu fournir à la chirurgie française la triste clinique que nous venons tous de faire sur les blessures de guerre.

Si vous me le permettez, messieurs, j'ai l'intention, imitant en cela nos grandes assemblées, de charger diverses commissions de faire des enquêtes relatives aux problèmes chirurgicaux dont on attend encore la solution. Chacune de ces commissions produirait un rapport avec des conclusions, et le tout serait ensuite soumis à vos délibérations.

Ne vous semble-t-il pas, messieurs, qu'on puisse obtenir des résultats en s'engageant dans la voie que je viens d'indiquer? Si vous le croyez, vous m'encouragerez; chacun de nous rivalisera de zèle, et vous verrez la Société de chirurgie conserver sa prépondérance scientifique, qui lui échapperait fatalement si vous persistiez à n'être plus qu'une société d'observation.

Courage donc, messieurs; serrons nos rangs; la chirurgie française verra encore de beaux jours; l'avenir vous appartient, mais, pour cela, travaillons!

Le président propose à la Société d'adresser des remerciments au bureau sortant. — (Adopté.)

RAPPORT

Exostoses des sinus de l'olfaction. — M. DOLBEAU lit le rapport suivant sur une observation du docteur Pamard :

En 1864, alors que je remplaçais une première fois Jobert de Lamballe dans son service à l'Hôtel-Dieu, j'ai eu l'occasion d'exécuter une opération hardie pour l'époque. J'avais diagnostiqué une exostose du sinus frontal; des recherches d'anatomie pathologique m'avaient démontré qu'il était possible d'énucléer de semblables tumeurs; le succès vint confirmer mes appréciations.

L'opération que je viens de rappeler fut exécutée devant beaucoup de médecins, je citerai par exemple les docteurs Firmin et Gondoin; on s'attendait à une grosse affaire, et tout le monde fut surpris de la simplicité avec laquelle la tumeur fut enlevée.

Ce fait eut quelque retentissement. L'année suivante, M. Pamard fils m'adressait une observation curieuse qu'il me chargeait de présenter à la Société de chirurgie. Vous avez pensé, Messieurs, que mon expérience pourrait être utilisée en cette circonstance; vous m'avez donc confié le soin de faire un rapport sur l'observation de M. Pamard, et c'est de cette mission que je viens m'acquitter aujourd'hui.

Voici, Messieurs, en quelques mots l'observation de M. Pamard.

Une femme de 44 ans, bien portante, vient consulter pour une tumeur datant de cinq ans, occupant la fosse nasale droite et la narine correspondante. Le produit pathologique avait refoulé sans les altérer, du moins en apparence, les différentes pièces osseuses qu délimitent les fosses nasales.

La narine également très-distendue permettait de voir et même de toucher le prolongement antérieur de la tumeur. La malade d'abord, et, après elle, les divers médecins qui l'avaient examinée reconnurent qu'il s'agissait d'une tumeur dont la dureté était excessive, comme pierreuse. M. Pamard diagnostiqua une exostose occupant la fosse nasale et il entreprit de délivrer sa cliente d'un mal qui progressait d'une manière inquiétante.

Après avoir mis à nu l'orifice antérieur de la fosse nasale droite, au moyen d'une incision presque médiane qui intéressait les parties molles, depuis la racine du nez jusques et y compris le bord libre de la lèvre supérieure, le chirurgien put confirmer son diagnostic et saisir facilement la partie découverte de l'exostose. Voici du reste

quelques passages empruntés textuellement à la narration de M. Pamard : « Alors m'apparut la portion de la tumeur qui était venue se développer dans la narine; elle était dure et d'une dureté telle qu'un ciseau pouvait à peine l'entamer, et que les daviers dont je me servis pour la saisir tout d'abord furent l'un faussé et l'autre complétement brisé. J'imprimai à la tumeur quelques mouvements d'ébranlement, j'exerçai de fortes tractions sur elle, mais il fut facile de me convaincre que je ne pourrais en avoir raison sans agrandir l'orifice externe de la fosse nasale, car la partie développée à l'intérieur était plus volumineuse que l'orifice lui-même et elle était maintenue là par le mécanisme du double bouton de chemise. »

Alors, dit M. Pamard, commença la deuxième partie de l'opération, Une section médiane intermaxillaire, intéressant la voûte palatine, permit d'éclairer latéralement l'orifice antérieur de la fosse nasale, et la tumeur, de nouveau saisie par une forte pince, fut dégagée par un mouvement combiné de traction et de bascule.

Cette opération, si heureusement conduite, fut l'occasion d'un brillant succès. La malade ne conservait plus, lorsqu'elle a été revue plusieurs mois après, qu'une légère difformité des traits du visage. Vous admirerez comme moi ce beau résultat, quand vous saurez, Messieurs, que la tumeur enlevée par le chirurgien d'Avignon pesait 105 grammes, que son diamètre antéro-postérieur mesurait 70 millimètres, le diamètre vertical, 57 millimètres, et le diamètre transverse, 40 millimètres.

Le fait que je viens de relater très-brièvement a suscité au présentateur l'idée de soumettre à votre appréciation compétente plusieurs questions qu'il n'a pas cru devoir résoudre. C'était, vous le reconnaîtrez avec moi, faire preuve de sagacité, que de provoquer a discussion sur un sujet alors à peine connu des chirurgiens.

La tumeur enlevée par M. Pamard était dure comme de l'ivoire, l'examen microscopique a démontré qu'elle se composait exclusivement de tissu osseux. Cette production était, du reste, enveloppée totalement par une membrane épaisse, d'apparence muqueuse et supportant deux petits polypes. Soulevant la question de la nature et de la maladie, M. Pamard s'exprime ainsi : est-ce une exostose, et pourquoi cette membrane d'enveloppe? où était le point d'implantation, dit-il encore, et où se trouve le pédicule ?

Essayons, Messieurs, d'aborder la solution du problème qui nous est si judicieusement posé par M. Pamard fils.

La tumeur était recouverte par une membrane muqueuse qui

l'enveloppait. Ce revêtement manquait là où le prolongement de l'exostose sortait par la narine. M. Pamard s'étonne avec raison de cette indépendance presque absolue de la tumeur, et il s'écrie : Où était l'implantation? où se trouve le pédicule? La réponse à ces diverses questions, on la trouve dans le texte même de l'observation.

L'auteur dit, en effet : « La fosse nasale était transformée en une vaste et profonde cavité, elle était agrandie par un mécanisme bien simple ; les parois avaient été refoulées vers les cavités voisines. En promenant le doigt sur les os, on les trouvait *partout* recouverts par la membrane muqueuse; malgré tous les soins que je mis à ma recherche, je ne pus trouver une surface osseuse à nu, qui pût m'indiquer le point d'implantation de la tumeur que je supposais être une exostose. » Plus loin, M. Pamard ajoute : « La tumeur n'est pas une dépendance de la paroi osseuse des fosses nasales, elle est enclavée dans leur cavité; on peut lui imprimer des mouvements qui ne sont bornés que par les rapports du contenant et du contenu; enfin, dès qu'on lui a ouvert les voies, on peut l'extraire sans efforts. » Voici les faits, dit M. Pamard, le champ reste ouvert aux explications.

A moins de torturer le texte de l'observation, ce qui nous exposerait à faire fausse route, il me semble légitime d'admettre, malgré l'étonnement manifesté par M. Pamard : 1° que la tumeur qu'il a enlevée était libre d'adhérence avec les parois osseuses de la fosse nasale ; 2° que la tumeur était retenue dans cette cavité par la disproportion entre certaines parties du produit pathologique et les orifices au travers desquels on avait essayé de l'engager tout d'abord. Il a suffi d'ouvrir l'orifice antérieur de la fosse nasale, pour extraire assez aisément cette espèce de corps étranger.

Avant de dire quelle était l'origine de cette production osseuse, je désire insister sur le défaut d'adhésion entre la tumeur et les parois osseuses circonvoisines. Est-ce là un fait anormal, une de ces bizarreries comme on en rencontre quelquefois? pas le moins du monde. Je laisse de côté les observations très-anciennes, que quelques personnes se plaisent à exhumer pour faire preuve d'érudition; je ne vous parlerai que de deux faits observés dans ces dernières années, ils me paraissent suffisants à trancher la question pendante.

Lenoir a extirpé, en 1856, une double exostose : l'une naso-orbitaire, l'autre nasale ; je ne m'occuperai que de cette dernière. Il y a une douzaine d'années, j'ai fait un rapport sur les pièces de

Lenoir, lorsqu'elles ont été présentées à la Société anatomique par M. Paul. Je connais les pièces et je puis en parler.

Voici ce que dit l'observation : « Quant à la tumeur inférieure (celle qui occupait les fosses nasales), en raison de sa mobilité, elle se détacha avec la plus grande facilité. » Il est bon d'ajouter que Lenoir avait agrandi la voie en retranchant l'os propre du nez, c'est-à-dire en augmentant l'orifice antérieur de la fosse nasale. Lors de sa présentation à la Société de chirurgie, Lenoir dit explicitement : « Une tumeur dure, blanche, un peu mobile, offrant tous les caractères distincts de l'exostose éburnée. » La tumeur de Lenoir était donc mobile, tout comme l'était celle de M. Pamard. C'est donc à tort que M. Richet, dans un travail (1), dit en parlant du fait de Lenoir : « Quant à l'exostose nasale, elle fut arrachée avec facilité du cornet inférieur auquel elle adhérait. »

Sans abandonner le sujet qui nous occupe, je vous parlerai actuellement d'un fait très-instructif, c'est une observation des plus curieuses d'exostoses des fosses nasales. Notre collègue, M. Legouest, en a fait l'objet d'une communication à l'Académie de médecine, bientôt suivie d'un rapport de M. Gosselin (2).

M. Legouest, après avoir décrit les différents temps d'une opération laborieuse, mais conduite avec prudence et habileté, s'exprime ainsi : « Portant les doigts dans la vaste cavité que j'avais sous les yeux, j'en retirai plusieurs séquestres, et j'enlevai de la partie supérieure de la fosse nasale un polype vésiculeux gros comme une noisette. La cavité nasale était tapissée par une membrane épaisse et fongueuse ; la cloison était repoussée à droite ; le plancher, intact comme elle, était déprimé vers la bouche ; sur les parois externe et supérieure, les cornets étaient déformés au point d'être méconnaissables. Je ne pus trouver le lieu d'implantation de l'exostose. »

Comme M. Pamard, M. Legouest a donc cherché en vain le lieu d'implantation, il ne l'a pas trouvé. Cependant notre collègue termine son observation par une déclaration inattendue que je reproduis textuellement : « Nous avons dit qu'il nous avait été impossible de reconnaître les vestiges du pédicule de l'exostose ; néanmoins, d'après le récit du malade et l'examen de la tumeur, nous sommes porté à croire que celle-ci s'implantait sur la partie moyenne du

(1) *Gazette des hôpitaux*, n° 68, 1871.
(2) *Voy. Mémoires* 1865-66, page 147.

plancher de la fosse nasale. » J'avoue, pour ma part, que les conclusions de M. Legouest ne me paraissent pas complétement justifiées; le dire du malade a pour nous peu de valeur et nous eussions désiré voir M. Legouest insister davantage sur les particularités qui, tirées de l'examen de la pièce, ont pu entraîner sa conviction.

Qu'avait donc de particulier la face inférieure de l'exostose, pour faire admettre que c'était elle qui portait le pédicule de la tumeur? Je suis d'autant plus autorisé à faire cette question, que je lis dans le travail de M. Richet, celui dont j'ai parlé plus haut, la déclaration suivante : « J'ai examiné avec soin la pièce de M. Legouest, je l'ai étudiée et comparée avec toutes celles que j'ai pu me procurer, et il en est résulté pour moi cette conviction, que les inégalités, les rugosités qui existent sur la face supérieure de cette production osseuse ne sont point le résultat d'une maladie, d'une suppuration avec carie, par exemple, mais sont simplement les traces de la séparation opérée par les efforts du chirurgien, au point de jonction de l'exostose avec le squelette. Je ne vois là aucun indice d'inflammation, j'y reconnais, au contraire, la preuve d'une brisure récente. »

Messieurs, entre des affirmations aussi contradictoires, je n'ose intervenir. M. Legouest dit que la tumeur qu'il a enlevée adhérait par sa face inférieure; M. Richet affirme, au contraire, que cette même exostose était attachée au squelette par sa face supérieure. De part et d'autre ce sont des interprétations, j'aime mieux m'en tenir à la déclaration contenue dans l'observation : « La cavité était tapissée par une membrane épaisse, et, au moment de cette exploration très-facile, il a été impossible de trouver le lieu d'implantation. »

Avant d'aller plus loin, je demande la permission d'ouvrir une parenthèse. En 1866 j'ai soumis au jugement de l'Académie de médecine un Mémoire sur les exostoses du sinus frontal. Ce travail, retenu longtemps dans les cartons, a eu tout récemment les honneurs d'un rapport de M. Richet (1). Il est utile d'ajouter que, lorsque je fis cette lecture académique, j'étais candidat pour une place vacante dans la section de médecine opératoire. Ne pouvant pas abuser des moments de l'Académie et désireux d'acquérir un titre spécial à la section, je lus seulement un fragment de mes recherches sur les exostoses des cavités de la face. On peut s'en convain-

(1) *Voy. bulletins de l'Académie*, 1871.

cre aisément ; mon Mémoire a trait aux exostoses du sinus frontal, mais on trouve dans mon travail, principalement dans les conclusions qui le terminent, la preuve évidente que j'ai le premier envisagé toutes les exostoses des sinus et des fosses nasales comme un seul et même groupe pathologique.

Un point nouveau d'anatomie pathologique, une conséquence opératoire jusque-là ignorée, telle était la base de ce faible titre à une prochaine candidature.

La question envisagée comme je viens de le dire brièvement, il serait facile de me justifier de certains reproches qui m'ont été adressés par M. Richet dans son rapport académique. Ce serait abuser de vos instants, Messieurs; le mémoire sera imprimé dans les recueils de l'Académie et l'on pourra juger. J'ajouterai seulement un mot : si, depuis cinq ans, M. Richet a eu le loisir d'étudier cette question des exostoses de la face, si les circonstances lui ont fourni l'occasion d'utiliser mes travaux pour son enseignement clinique, peut-être aurait-il pu me faire une part plus équitable et ne pas noyer mes recherches, sous prétexte d'une discussion, dans un flot d'observations surannées pour la plupart.

Je m'excuse, Messieurs, de vous parler si longtemps de ma personne, mais forcément dans ce rapport j'aurai à répondre aux assertions de notre collègue et vous ne trouverez pas mauvais, laissez-moi du moins l'espérer, que j'aie choisi notre tribune si libérale pour discuter un point important de chirurgie. Dans ce qui va suivre j'ai le désir d'être modéré, je défends ce que je crois être mon bien; je voudrais n'y mettre aucune passion, pardonnez à l'avance tout ce qui pourrait vous paraître le résultat d'une ardeur inconsciente.

Je reviens aux exostoses nasales ; j'ai encore à vous parler d'un fait important qui doit prendre place dans cette discussion. Dans la thèse du docteur Olivier (1869), un ancien interne de M. Richet, on trouve, page 18, la relation d'un fait d'exostose celluleuse de la fosse nasale. Une fois la voie largement ouverte, le chirurgien put enlever très-facilement, mais par fragments, la production pathologique. On lit textuellement dans cette observation : « Immédiatement introduit dans la vaste caverne occupée par la tumeur, le doigt a trouvé partout une membrane lisse, sans rugosités osseuses qui pussent indiquer le point d'implantation de la tumeur. » Vous le voyez, Messieurs, cette tumeur, comme les précédentes, était sans adhérence aux os; toutefois je dois faire observer que dans son travail, lu à l'Académie, M. Richet n'a pas confirmé l'assertion de son interne le docteur Olivier. Voici, en effet, comment il s'ex-

prime : L'écoulement de sang était tellement abondant, que je fus obligé de hâter la fin de l'opération sans me donner le loisir de rechercher le point d'implantation. »

La question d'adhérence était donc restée douteuse pour le chirurgien, sinon pour ses assistants; cependant M. Richet s'exprime ainsi, toujours dans le même travail que j'ai cité. « Ni Michon, ni MM. Legouest et Pamard, ni moi-même, c'est M. Richet qui parle, nous n'avons pu constater si oui ou non l'exostose adhérait au squelette; qu'elle en était indépendante, personne n'oserait sérieusement le soutenir. » Sérieusement, dit M. Richet; je n'hésite pas, quant à moi, à admettre que toutes les exostoses en question étaient libres, puisque telles on les a trouvées, et que toutes les adhésions secondaires qu'on pourrait supposer étaient insignifiantes au point de vue chirurgical. Dans tous ces cas, en effet, l'ablation de la tumeur s'est faite aisément; aussitôt que la voie de sortie a été suffisamment ouverte, il a suffi d'une manœuvre simple pour extraire l'exostose en masse.

Vous avez sans doute remarqué, Messieurs, que les opérateurs n'ont point trouvé la surface d'implantation des exostoses enlevées quoiqu'ils l'eussent recherchée avec grand soin. Cette circonstance a dû préoccuper M. Richet, puisqu'il a cru devoir donner, de ces faits négatifs, une explication. J'emprunte à son travail la citation suivante : « Il faut songer d'ailleurs que les préoccupations qui assiégent alors l'esprit du chirurgien et l'énorme responsabilité qui pèse sur lui l'empêchent d'avoir son attention fixée sur un point après tout fort secondaire, et qu'il est fort excusable de songer d'abord au salut du malade. »

Oui, certes, il faut avant tout songer au salut des malades qu'on opère; mais que penseront MM. Legouest et Pamard des vives préoccupations que leur prête si gratuitement notre collègue M. Richet?

A la page 577 du même bulletin académique, M. Richet, toujours à l'occasion des adhérences des exostoses, parle de mes illusions; n'en a pas qui veut. M. Richet trouve que ses collègues sont préoccupés au point de n'y plus voir clair quand ils font des opérations; il invoque mes illusions lorsque je déclare que l'exostose enlevée par moi n'adhérait point au squelette; ce sont encore ces mêmes illusions qui m'ont fait voir sur les pièces de Roux et de Jobert (ces pièces, tout le monde peut les examiner dans nos musées) que les exostoses sont libres dans la cavité qui les contient. J'avoue que les arguments de M. Richet ne me convainquent point; quant à la théo-

rie du desséchement des adhérences cartilagineuses de ces exostoses, qu'il a proposée pour expliquer leur mobilité posthume, elle attend encore sa démonstration; j'ose à peine dire que l'auteur s'est fait illusion.

Un fait récent d'exostose nasale éburnée a été publié dans le bulletin de l'Académie. Peut-être pourrait-on utiliser ce nouveau cas pour la discussion actuelle; je n'y insisterai pas cependant, car l'observation a été rédigée dans le but de démontrer que les exostoses nasales procèdent des os qui limitent la cavité. Je dirai seulement : si M. Richet admet que ce dernier fait est différent de ceux dont j'ai déjà parlé, et tel semble être son avis, il faut qu'il nous concède que toutes nos exostoses procédaient de la fibro-muqueuse et que seule la sienne adhérait au squelette.

Répondant à la question posée par M. Pamard, je dirai donc que l'exostose enlevée par lui, dans la fosse nasale d'une femme de 44 ans, n'adhérait pas au squelette des os de la face, ainsi que du reste il l'a constaté; mais que, loin de m'étonner de cette circonstance, je suis en mesure de l'expliquer par quelques détails relatifs au siége primitif de ces productions osseuses.

Au dire de M. Richet, la question de l'origine, de la nature des ostéomes des fosses nasales et des différents sinus, date de 1851, époque à laquelle (c'est toujours M. Richet qui parle) le professeur Verneuil la discuta le premier. Je crois, en effet, que c'est M. Verneuil qui, le premier, a constaté la présence de très-petits ostéomes développés dans l'épaisseur de la membrane qui tapisse le sinus maxillaire. Dans la communication qu'il en fit à la Société de biologie, on remarque la phrase suivante : « Des concrétions osseuses prenant naissance dans l'épaisseur d'une muqueuse constituent une exception pathologique intéressante. » M. Verneuil ne tira aucune conclusion de cette découverte, c'est du moins M. Richet qui le fait remarquer, mais, afin de donner à ce fait d'anatomie pathologique toute l'importance qu'il mérite, M. Richet le fait suivre d'un commentaire qui pèche, je crois, par l'exactitude. On lit, en effet, page 572 du bulletin académique : « Déjà (ce sont les ossifications découvertes par M. Verneuil) elles étaient adhérentes aux parois. » Et plus loin : « Elles ne tardent pas à devenir très-adhérentes aux parois sous-jacentes (Verneuil). »

Vous le remarquerez, Messieurs, c'était d'abord *adhérentes*, et quelques lignes plus loin c'est *très-adhérentes*. Il n'en est rien cependant, et quoique M. Richet ait placé le nom de M. Verneuil à côté de son assertion, l'interprétation n'en est pas moins inexacte.

En effet, M. Verneuil, dans la note que l'on trouve insérée dans les bulletins de la Société de biologie, dit en parlant des différentes tumeurs renfermées dans la membrane du sinus maxillaire : « Ces tumeurs font saillie dans la cavité du sinus ; elles sont contenues dans l'épaisseur de la muqueuse et sont séparées de l'os par le tissu fibreux qui double la muqueuse. L'aspect et le contenu de ces tumeurs est variable, les plus petites tumeurs sont transparentes, assez consistantes. La substance contenue est hyaline et assez semblable au tissu du cristallin ; elle paraît être adhérente aux parois, et avec la pointe d'un scalpel fin, on peut enlever toute la masse. » Et plus loin : « A la partie inférieure du sinus, le toucher reconnaît deux ou trois petites saillies très-dures, dues à des concrétions *très-adhérentes à la muqueuse,* acquérant à peine le volume d'une tête d'épingle. »

J'avoue que je ne vois rien autre chose dans ces divers passages cités textuellement, si ce n'est la preuve irréfragable que les petites tumeurs observées par M. Verneuil étaient comprises dans l'épaisseur de la muqueuse, qu'elles étaient adhérentes à cette même muqueuse, mais séparées des os, ainsi que le dit l'auteur de la note, par le derme fibreux qui double la muqueuse.

M. Verneuil a constaté le premier des ossifications dans l'épaisseur de la membrane qui tapisse le sinus, mais voilà tout. Les auteurs du compendium de chirurgie ont, les premiers, émis cette idée que les exostoses des sinus ont probablement pour origine ces concrétions qui apparaissent sous forme de très-petites perles dans l'épaisseur de la membrane qui tapisse ces cavités.

J'ai moi-même adopté la manière de voir des chirurgiens que je viens de citer ; de plus, j'ai pensé qu'il y aurait utilité, au point de vue chirurgical, à étudier, comme faisant partie d'un seul et même groupe pathologique, toutes les exostoses qui se développent soit dans les fosses nasales, soit dans les différents sinus annexés.

Personne avant moi, que je sache, n'avait songé à faire une généralisation dans l'étude de ces ostéomes, et, si j'insiste, c'est que la synthèse m'a conduit à formuler certaines règles qui ont été utilisées depuis par plusieurs chirurgiens. S'engageant dans la voie que j'avais tracée, le docteur Gaubert d'abord, puis le docteur Olivier ont successivement pris pour sujet de leur thèse inaugurale, le premier les ostéomes de l'organe de l'olfaction, le second les tumeurs osseuses des fosses nasales et des sinus de la face. Je constate avec satisfaction que ces deux confrères ont, tout en rendant pleine justice à mes travaux, contribué pour leur part à la vulgarisation d'un sujet encore peu connu.

Ces petites perles osseuses dont on a signalé la présence dans la membrane qui tapisse les différents sinus ont généralement le volume d'une tête d'épingle; mais, par suite de leur développement progressif et incessant, elles peuvent acquérir des dimensions relativement considérables. Ces tumeurs, à mesure qu'elles grossissent, dilatent et usent la cavité qui les contient.

Les ostéomes de la muqueuse des fosses nasales ne font point exception, ils refoulent devant eux tous les tissus environnants; la tumeur se coiffe tout d'abord de la membrane muqueuse au sein de laquelle elle a pris naissance; puis, le mal progressant, la muqueuse s'ulcère et se détruit. Les os eux-mêmes, fortement comprimés, subissent une usure toute particulière, bien connue des anatomo-pathologistes, et finalement une des parois de la cavité s'amincit, s'érode et se perfore. Rien d'étonnant que les ostéomes détruisent ainsi les os qui les enserrent, et si j'insiste sur les effets du développement excentrique des exostoses par rapport au squelette, c'est pour expliquer certaines particularités observées en clinique.

Le plus souvent, quand les ostéomes ont été enlevés, on trouve, les observations que j'ai citées plus haut en font foi, la cavité qui les contenait recouverte par une muqueuse lisse, épaisse, tuméfiée. C'est là la règle. Il faut cependant reconnaître que parfois le chirurgien a rencontré une surface rugueuse, circonscrite, creusée dans un point quelconque de la paroi osseuse. On a voulu trouver dans cette particularité une preuve que les exostoses procédaient du squelette, et on a dit : c'est là qu'était l'adhérence; la surface rugueuse correspond à la brisure du pédicule de la tumeur. On a même ajouté, ainsi que je l'ai déjà dit, que si dans plusieurs cas les observateurs n'avaient pas constaté cette surface rugueuse d'implantation, c'est que le chirurgien, trop ému par la responsabilité opératoire, n'avait pas bien cherché.

Plutôt que de nier les faits, il vaut mieux chercher à les expliquer, surtout quand certains de ces faits semblent impliquer contradiction. Lenoir, MM. Legouest et Pamard, M. Richet lui-même, n'ont pas trouvé la surface d'implantation des exostoses qu'ils ont opérées, et cela probablement par la raison bien simple que cette surface rugueuse n'existait pas. Mais j'admets que ces observateurs eussent rencontré un point rugueux sur l'une des parois de la cavité, cela ne prouverait pas que la tumeur procédait originellement des os. Et en effet, en mêmetemps que l'ostéome se porte en avant, use et perfore les os qui le séparent de l'extérieur, on peut bien

admettre que la pression exercée par la tumeur puisse éroder inégalement, au point de la rendre rugueuse, la paroi profonde de la cavité. Les choses se sont passées de la sorte dans une opération pratiquée par Lucas; aussi le docteur Duncan, qui avait examiné cette pièce, pensait-il qu'il ne s'agissait point d'une exostose, par la raison qu'on ne découvrit nulle part trace de la fracture d'un pédicule.

M. Richet n'a pas accepté l'interprétation de Duncan; pour lui, qui n'a pas vu le malade, c'est une exostose dont le pédicule a été brisé; il se fonde sur ce que Lucas, pendant l'opération, avait trouvé avec le doigt des inégalités osseuses dans un point restreint de la cavité où était logée la tumeur.

Ces inégalités sont une démonstration pour M. Richet; pour lui l'exostose avait pris naissance dans le squelette. J'ai dit plus haut comment, suivant moi, on pouvait interpréter ces rugosités qui, le plus souvent, font défaut alors qu'elles ont été recherchées avec toute l'attention désirable. (Voir, par exemple, les détails contenus dans l'observation de M. Pamard.)

J'en ai fini, messieurs, avec la question des adhérences. Je n'ai jamais dit ni voulu dire que les ostéomes fussent libres dans les cavités de la face, à la manière d'un calcul dans l'intérieur de la vessie; c'est à tort que M. Richet me prête cette opinion. J'ai dit que ces tumeurs ne tenaient pas aux os, mais il est trop évident que ces productions ont des connexions intimes avec la membrane muqueuse dans l'épaisseur de laquelle elles prennent naissance.

Quant aux adhésions secondaires, celles qui résulteraient du développement de la tumeur, elles n'ont point été démontrées. Je dirai plus loin que le seul obstacle à l'énucléation, c'est l'enclavement possible des exostoses, soit dans la cavité elle-même, soit dans une perforation des parois osseuses, que celle-ci soit d'ailleurs superficielle ou qu'elle corresponde à la paroi crânienne, par exemple.

Encore un mot : on a trouvé sur certaines tumeurs, après leur ablation, des irrégularités, des rugosités qu'on a pensé devoir s'expliquer par la brisure des adhérences de l'ostéome avec le squelette, par la fracture du pédicule d'implantation. Pourquoi ne pas admettre que ces rugosités sont dues aux altérations que subissent à la longue certaines de ces tumeurs? Parfois les exostoses séjournent longtemps dans la cavité où elles ont pris naissance; elles y sont constamment baignées dans une suppuration des plus fétides. Cette suppuration des sinus, consécutive à la présence d'une exostose, n'est pas chose rare; beaucoup d'observateurs l'ont mentionnée, et

quelques malades ont dû leur guérison à cette inflammation qu'on pourrait appeler éliminatrice. Rien, quant à moi, ne s'oppose à ce qu'on admette, comme M. Legouest l'a fait pour l'exostose qu'il a enlevée, et comme l'avaient pensé d'autres chirurgiens, Bouyer de Saintes, par exemple, que ces ostéomes peuvent être le siége d'altérations lentes, sorte de macération qui, en détruisant leur substance, donne à telle ou telle face de la tumeur un aspect rugueux, une configuration irrégulière qu'il ne faudrait pas prendre pour un pédicule fracturé, pour une surface d'implantation fraîchement séparée.

En deux mots, les ostéomes usent les parois qui les enveloppent, y compris les os; ils s'usent eux-mêmes et se détériorent à la longue. Ainsi s'expliquent les diverses particularités sur lesquelles on a tant insisté quand on a voulu démontrer que les exostoses des sinus de la face et des fosses nasales étaient attachées au squelette et qu'elles y adhéraient par un pédicule osseux.

La cause des ostéomes de l'appareil olfactif nous échappe complétement. Ces tumeurs sont le résultat de ce qu'on appelle un peu vaguement une irritation du périoste fibro-muqueux qui tapisse les cavités de l'olfaction. On en trouve la preuve dans l'épaississement considérable que présente la muqueuse dans la concomitance si souvent observée d'ostéomes et de productions diverses, polypes ou kystes.

Rien ne démontre que les ostéomes soient des polypes muqueux ossifiés, ainsi que M. Cloquet en avait émis la pensée. La note publiée par M. Verneuil dans les bulletins de la Société de biologie ne dit pas que les petites tumeurs molles renfermant une tumeur hyaline comparable au tissu du cristallin soient le premier degré des ostéomes; c'est donc à tort que M. Richet dit à la page 573 de son travail « que la matière hyaline qu'elles renferment devient osseuse. »

Bouyer de Saintes, M. Legouest ont donné aux tumeurs osseuses qu'ils ont enlevées le nom d'exostoses épiphysaires. Il n'y a, je crois, aucune analogie à établir entre les ostéomes des sinus et des fosses nasales et les exostoses dites de développement ou épiphysaires. Ces dernières prennent naissance dans le cartilage épiphysaire; ce sont des exagérations excentriques de l'ossification qui assure physiologiquement la croissance des os en longueur. Les ostéomes des fosses nasales et des sinus sont des exostoses autogéniques, c'est-à-dire indépendantes du développement du système osseux.

J'ai longtemps considéré les ostéomes de la muqueuse de Schneider comme une maladie fort singulière; il s'agissait là, comme l'a

dit M. Verneuil, d'un fait anormal, une ossification de membrane muqueuse.

L'anatomie est venue justifier cette bizarrerie apparente ; elle a démontré que dans la partie profonde de la muqueuse il existe, et cela dans toute l'étendue des fosses nasales et des différents sinus, des éléments anatomiques qui rendent compte de cette tendance à l'ossification. Je dois à mon ami, le professeur Sappey, la note suivante qu'il a bien voulu rédiger comme une confirmation de mes recherches pathologiques.

« Le périoste de la pituitaire se compose de fibres de tissu con« jonctif, de cellules étoilées et de vaisseaux sanguins. — Les fibres « lamineuses forment une trame réticulée dans laquelle on n'ob« serve ni nerfs, ni fibres élastiques, ni tissu adipeux. — Les cel« lules étoilées existent en grand nombre. En s'unissant par leurs « prolongements, elles constituent un réseau qui communique avec « les vaisseaux, et dans lequel, par conséquent, pénètre et circule « le plasma du sang. — Ces vaisseaux sont de simples capillaires, « d'un calibre uniforme, variant de $0^{mm},01$ à $0^{mm},03$, et plus petit, « par conséquent, que celui des canaux de Havers dont le diamètre « moyen s'élève à $0^{mm},05$. Le réseau qu'ils constituent par leurs « anastomoses se compose de mailles irrégulièrement quadri« latères.

« Lorsqu'à l'aide des réactifs on a fait disparaître les fibres lami« neuses, le périoste des fosses nasales n'est plus représenté que « par le réseau des cellules et le réseau des capillaires sanguins. Si « alors on le compare à une lamelle osseuse préalablement privée « de sa matière terreuse, on reste frappé de l'analogie qu'il pré« sente avec cette dernière; de part et d'autre, on trouve un réseau « de cellules étoilées et un réseau de capillaires; l'analogie est « telle, que le périoste pourrait être considéré comme une lamelle « osseuse dépouillée de ses principes inorganiques.

« Ainsi constitué, le périoste offre évidemment une grande apti« titude à s'imprégner de sels calcaires. Deux fois j'ai pu constater « la présence d'une mince lamelle osseuse dans son épaisseur : cette « ossification n'était qu'à son début, mais elle aurait pu atteindre « des proportions plus grandes, ainsi que l'attestent les faits men« tionnés dans un travail récent et fort important, communiqué à « l'Académie de médecine. Dans ce travail, mon ami, M. Dolbeau, « a démontré, en effet, que les fosses nasales, et plus particulière« ment les sinus et les cellules ethmoïdales, sont quelquefois le « point de départ de tumeurs osseuses pouvant atteindre, chez cer-

« tains individus, un développement considérable ; que ces tumeurs « sont d'abord situées dans une cavité osseuse dont elles restent « indépendantes, et que, pour procéder à leur extirpation, il suffit « d'ouvrir assez largement la cavité dans laquelle elles se trouvent « emprisonnées.

« Ces faits pathologiques trouvent leur explication naturelle dans « le mode de constitution du périoste qui recouvre les parois des « fosses nasales et tous leurs diverticules. Ce périoste est ossifiable ; « sous l'influence de certaines conditions morbides il s'ossifie ; et en « s'ossifiant il continue de rester indépendant de la paroi sous-ja- « cente. Dans ces conditions, on comprend sans peine que la tu- « meur formée à ses dépens se laissera détacher de celle-ci aussi « facilement qu'il peut en être détaché lui-même à l'état normal. »

C'est au groupe des exostoses nasales que se rattache l'observation de M. Pamard fils. Il y aurait certainement intérêt à déterminer quel est l'endroit probable où se développent les ostéomes qui remplissent l'une ou l'autre fosse nasale. Dans l'état actuel de nos connaissances, c'est là un problème difficile à résoudre. Il y a lieu de penser que tous les points de la muqueuse de Schneider peuvent indistinctement devenir le siége de ces ossifications pathologiques. La mobilité de plusieurs de ces tumeurs, ou bien encore l'ébranlement très-facile de ces mêmes tumeurs pendant l'opération et alors que la voie était largement ouverte, ces diverses circonstances convergent pour nous suggérer l'idée que les exostoses des fosses nasales pourraient bien, dans certains cas, se développer non pas aux dépens du cornet inférieur, mais bien dans la muqueuse qui l'enveloppe.

L'étui osseux venant à disparaître par suite du développement de la tumeur, on a pu supposer qu'il s'agissait d'une hypertrophie de la mince lamelle que nous connaissons tous. Lenoir dit que l'exostose enlevée par lui était étrangère aux différents sinus qui s'ouvrent dans les fosses nasales, et incline à penser que cette tumeur s'était développée aux dépens du cornet inférieur. M. Richet affirme qu'il a enlevé une tumeur formée par une hyperostose du cornet inférieur, et c'est probablement par erreur qu'il dit que l'exostose adhérait à la paroi interne des fosses nasales.

La question, je l'ai déjà dit, offre des difficultés, il y a matière à interprétation ; ainsi, par exemple, le refoulement des parois nasales par l'ostéome rend parfois les cornets méconnaissables ; on trouve cette déformation mentionnée dans les observations de MM. Legouest et Pamard.

Des chirurgiens moins attentifs eussent pu méconnaître le cornet inférieur ainsi refoulé et aplati, puis conclure que la tumeur enlevée était le cornet inférieur devenu malade.

Tous les points de la muqueuse peuvent subir l'ossification, mais je pense, d'après mes recherches, que la membrane qui double les cellules ethmoïdales est souvent le siége des ostéomes. Ceux-ci, en se développant, se portent quelquefois vers la fosse nasale, mais plus souvent encore ils se dirigent vers l'orbite qui est plus à proximité du point d'origine.

Certaines tumeurs des fosses nasales pourraient bien n'être que des ostéomes du sinus maxillaire ou des autres sinus, ostéomes qui auraient suivi leur migration, non point à l'extérieur, mais du côté de la cavité mitoyenne.

Je dirai en passant que les ostéomes des cellules ethmoïdales, ceux des sinus frontaux et sphénoïdaux, peuvent perforer les os et constituer des tumeurs libres dans la cavité crânienne; ce sont les pierres du cerveau décrites, chez les animaux d'abord, puis bien étudiées chez l'homme par M. Broca.

Il me reste encore à vous parler, Messieurs, de la médecine opératoire dans le cas d'exostoses des sinus et des fosses nasales. Vous savez comment M. Pamard a procédé pour délivrer si heureusement la malade dont il nous a adressé l'observation. Il a suffi, comme il le dit très-bien, que l'orifice antérieur de la fosse nasale fût largement ouvert pour que l'exostose qui avait résisté aux premières tractions se dégageât ensuite assez facilement.

Lisez encore les détails de l'observation publiée par M. Legouest, et vous verrez combien a été prudente la pratique de notre collègue. C'est à petits coups qu'il élargit la voie; un moment cependant il songe à la résection de l'os maxillaire, mais il réfléchit de suite qu'il suffira de renverser, dans l'antre d'Highmore, la paroi osseuse devenue mobile pour avoir un orifice de sortie suffisant. Le débridement osseux de l'orifice postérieur de la fosse nasale termine enfin la libération de l'exostose.

Lenoir, M. Richet ont également réussi et l'on peut dire facilement, grâce à la large ouverture préliminaire de la cavité des fosses nasales. On peut donc affirmer que l'ablation des ostéomes des fosses nasales est ordinairement chose assez simple, mais il faut remarquer que la plupart des opérations ont été jusqu'ici pratiquées un peu instinctivement. Dans tous les cas, le résultat des manœuvres un peu hésitantes a été de faciliter la préhension de la tumeur qu'on voulait ébranler; mais si, aux difficultés relatives à l'accès de

l'ostéome, se fût jointe celle de l'adhérence, si l'exostose, au lieu d'être une ossification de la membrane de Schneider, eût été une hyperostose de l'un des os de la face, peut-être n'aurait-on pas, dans tous les cas, pu terminer ces laborieuses opérations.

La pratique des devanciers encourage ceux qui suivent; on peut, imitant la conduite de chirurgiens éminents tels que Lenoir, MM. Legouest et Richet, on peut, dis-je, ainsi que l'a fait M. Pamard, aller à la recherche d'une exostose nasale, mais il est bon de se sentir soutenu par cette notion importante : la tumeur est libre d'adhérences osseuses et, pour la sortir de la cavité nasale, il suffira d'agrandir l'orifice naturel de cette cavité. Cette notion, qui résulte pour nous des recherches anatomo-pathologiques, a encore une importance bien plus considérable lorsqu'au lieu de la large cavité olfactive il s'agit de cavités plus étroites, plus anfractueuses, moins accessibles, celle des différents sinus de la face.

Le premier, j'ai insisté sur ce principe de médecine opératoire appliqué; la proposition en est formulée dans mon mémoire de 1866. On y lit, en effet : « Les exostoses de l'appareil olfactif sont toujours plus ou moins libres dans les cavités où elles ont pris naissance; elles peuvent en se développant s'enclaver d'une manière plus ou moins solide, mais elles restent toujours indépendantes des os et elles peuvent être enlevées, pourvu qu'on puisse leur ouvrir une voie suffisante, d'où l'indication d'opérer de bonne heure (1). »

Si Roux, Jobert et tant d'autres avant ces chirurgiens habiles n'ont pas réussi dans leurs entreprises, c'est qu'ils ignoraient cette circonstance que, la voie largement ouverte, il suffisait, pour avoir la tumeur, de l'ébranler en masse ou de la faire basculer avec un levier. Cette application si utile des notions d'anatomie pathologique à la médecine opératoire, je croyais pouvoir la revendiquer, j'ai cependant rencontré un opposant, et vous vous doutez bien, Messieurs, qu'il s'agit encore du chirurgien de la Clinique. Vous verrez dans ce qui va suivre que M. Richet conteste tout, et la réalité des faits et la priorité d'invention.

Notre collègue, et c'est son droit, n'accepte pas comme démontrée l'indépendance des ostéomes par rapport au squelette de la face; il admet au contraire, page 594 de son Mémoire, que ces tumeurs ont un pédicule osseux. Se plaçant néanmoins dans l'hypothèse de l'indépendance des ostéomes, M. Richet exhume une ob-

(1) *Voy. Mém. Acad. de méd.*, 1871.

servation de Bouyer de Saintes, et il accorde libéralement à ce chirurgien la priorité de tout ce qu'il pourrait y avoir de nouveau dans mes recherches. J'engage mes collègues à relire l'observation en question dans le tome III des annales de la chirurgie française et étrangère, ils verront combien certaines assertions de M. Richet s'éloignent de la réalité. Je ne puis malheureusement citer en entier la longue observation de Bouyer de Saintes, mais je me vois dans la nécessité de placer en regard et le texte de Bouyer et certaines appréciations de M. Richet.

On lit page 587 du Rapport de M. Richet : « M. Dolbeau, admettant avec Bouyer que les exostoses nasales sont libres et indépendantes du squelette, que tout au plus elles peuvent s'y enclaver (l'expression se retrouve dans le travail du chirurgien de Saintes), pose en fait qu'une fois la cavité qui les contient étant largement ouverte, il suffit de les ébranler pour les voir sortir en totalité et sans de trop grands efforts. » On lit encore page 573 et suiv. : « Je dois avouer, toutefois, qu'à la première lecture du Mémoire de M. Dolbeau, cette proposition de l'indépendance et de la mobilité de ces ostéomes m'avait beaucoup frappé ; je la voyais formulée pour la première fois, et elle m'avait séduit par sa simplicité et ses conséquences. Plus tard je la retrouvai signalée dans une observation publiée longtemps avant, en 1841, par M. Bouyer de Saintes, chirurgien certainement doué d'un véritable esprit pratique et qui en a donné la preuve en cette circonstance difficile ; chose curieuse à noter, il s'appuie, lui aussi, sur cette mobilité pour en tirer des conclusions qui ne sont pas sans analogie avec celles de l'auteur du Mémoire que j'analyse. »

Messieurs, l'auteur, c'est M. Dolbeau. A tout cela je réponds : Non, Bouyer n'a pas dit que les exostoses de la face fussent libres et que, tout au plus, elles pouvaient s'enclaver. Le chirurgien de Saintes a constaté que l'exostose de son malade était mobile, il l'a, par suite, enlevée sans efforts, mais nulle part il ne tire de ce fait une conclusion générale. L'expression de désenclaver se trouve bien dans le texte de Bouyer, tout comme elle se lit dans l'observation de Michon, mais ni Bouyer ni Michon n'ont, je ne dirai pas formulé, mais même soupçonné la proposition que je m'efforce de faire admettre par les chirurgiens ; les exostoses de l'appareil de l'olfaction n'adhèrent point au squelette, et c'est pour cette raison que les tumeurs peuvent être enlevées facilement sans réséquer l'un des os de la face.

Des difficultés opératoires peuvent survenir si, par suite d'irré-

gularité dans leur développement, ces tumeurs se trouvent enclavées soit dans la cavité où elles ont pris naissance, soit dans une perforation pathologique au travers de laquelle elle se seraient engagées.

Dans le fait de Bouyer, voici comment les choses se sont passées : le chirurgien, après avoir relevé les parties molles, trouve la paroi du sinus perforée et constate que dans cet orifice accidentel s'engageait l'exostose. Il dit alors textuellement : « Dans cette ouverture est enclavée une concrétion osseuse. » M. Richet conclut de là que Bouyer a insisté sur l'enclavement de l'exostose dans le sinus et il ajoute : « Ce chirurgien ayant constaté que ces productions étaient plutôt enclavées qu'adhérentes... »

Nulle part on ne retrouve une pareille assertion de Bouyer; il suffira, pour en juger, de se reporter à l'observation.

Oui, certes, Bouyer a mené à bonne fin son opération, il a fait preuve de hardiesse, mais on peut dire qu'il a obtenu un succès inattendu; dans tous les cas, j'affirme que le chirurgien de Saintes est loin des conceptions synthétiques que lui prête si gratuitement M. Richet. Nulle part, dans son travail, Bouyer ne discute la question de savoir si les exostoses sont adhérentes ou si elles sont enclavées; il ne s'appuie pas, comme le dit M. Richet, page 574, sur la mobilité des exostoses pour en tirer des conclusions opératoires qui ne seraient pas sans analogie avec celles que j'ai formulées moi-même.

On s'attendrait, Messieurs, après toutes les affirmations que je viens de repousser, on s'attendrait, dis-je, à retrouver dans le travail de Bouyer (de Saintes) des conclusions relatives à l'anatomie pathologique des ostéomes de la face et aux conséquences qui en découlent pour la médecine opératoire; il n'en est rien, tout se réduit à des mots, à des lambeaux de phrases que M. Richet a très-habilement groupés dans certains passages de son rapport; quant aux conclusions de Bouyer, en voici la substance : Après avoir écarté la supposition que les exostoses qu'il a rencontrées seraient des polypes muqueux ossifiés, Bouyer se rattache à l'idée que ce sont des exostoses venant des os du crâne et consécutives à une contusion du frontal. Quant à « son procédé d'extirpation des ostéomes de la face bien supérieur à celui de M. Dolbeau, » il n'y a que M. Richet qui l'ait découvert, car l'auteur n'en fait même pas mention.

Si, comme le dit M. Richet, les études historiques peuvent rendre service à la science, ce n'est pas les utiliser, ces données historiques,

que de les interpréter d'une façon aussi inexacte. J'ajouterai que si le procédé de Bouyer avait été fort nettement exposé et justifié, comme l'affirme à tort M. Richet, ni Roux ni Jobert, avec la haute intelligence que leur prête notre collègue, n'eussent méconnu un si précieux enseignement.

Je connaissais l'observation de Bouyer et je n'ai pas su l'utiliser pour les mêmes raisons que Roux et Jobert. Au contraire, j'ai mis à profit les observations de Michon, de Lenoir, de Maisonneuve et de Legouest; j'ai étudié ces faits, mais justement pour démontrer que toutes ces exostoses étaient des tumeurs mobiles par rapport au squelette. Quand j'ai opéré mon malade, au lieu d'extirper la tumeur comme par hasard, ainsi que cela était arrivé à presque tous mes devanciers, j'ai arrêté à l'avance un plan rationnel d'opération fondé sur l'anatomie pathologique. J'ai réussi; et si M. Richet a obtenu, après moi, les mêmes résultats, c'est probablement parce qu'il a su utiliser mon mémoire; il a eu tout le loisir de méditer sur la question depuis 1866, époque où je présentai mon travail à l'Académie, jusqu'en 1869, époque à laquelle remonte la première opération du professeur de la Clinique.

C'est parce que Bouyer, Michon et autres ont, par un heureux hasard, ouvert largement la cavité qui contenait l'exostose, c'est parce que ces chirurgiens ont en quelque sorte levé l'étranglement de la tumeur, que, par suite, ils ont pu mener leur opération à bonne fin. Ce qu'ils ont fait instinctivement, je l'ai fait de propos délibéré et je m'efforce d'en faire une règle de pratique chirurgicale.

M. Richet accorde à Bouyer, c'est à tort suivant moi, « d'avoir créé le procédé du désenclavement que j'ai moi-même ensuite formulé d'une manière bien nette; » mais après avoir accordé cette faible part, une formule plus nette, il s'empresse de démontrer l'adhérence au squelette des ostéomes de la face, réduisant ainsi à néant l'idée opératoire du désenclavement.

Vous savez maintenant, messieurs, ce qu'il faut penser de ces adhérences du squelette; cette hypothèse conduit M. Richet à recommander le morcellement des exostoses. Ceci me paraît une détestable pratique, surtout quand je songe que la gouge et le trépan sont demeurés insuffisants entre les mains d'opérateurs que je persiste à considérer comme des maîtres.

Comme conclusion de ce qui précède, je dirai que je connaissais bien l'observation de 1841 et que je crois n'avoir rien emprunté à son auteur. Le titre de l'observation est le suivant : Polypes des sinus frontaux s'étant fait jour dans les orbites et les fosses nasales avec

complication d'exostoses. Ce titre est clair et par conséquent il est bien loin, comme s'est plu à le dire M. Richet, « de dérouter toutes les recherches bibliographiques. » Désireux d'épargner les moments de l'Académie, M. Richet a eu l'intention de condenser l'observation de Bouyer, mais il s'est laissé aller à commenter les faits, à les interpréter et, finalement, il a, bien involontairement, j'en suis certain, altéré la signification de points très-importants.

Je reviens à la question opératoire. Pourvu qu'on lise avec attention les détails renfermés dans les observations qui ont été publiées par Michon, M. Maisonneuse et par plusieurs autres chirurgiens, on est frappé d'une circonstance qu'on retrouve toujours la même : les chirurgiens qui veulent enlever une exostose s'épuisent d'abord en tentatives infructueuses, ils essayent les uns d'arracher, les autres de segmenter, ou bien encore de trépaner la tumeur : vains efforts; les instruments les plus puissants se tordent, d'autres se brisent, et l'on n'arrive à aucun résultat. Dans ces conditions fâcheuses, l'opérateur essaye de tourner la difficulté, il élargit la voie qui donne accès à la tumeur, ou bien il soulève l'exostose avec des leviers. Tout à coup l'exostose cède à un effort relativement modéré, dont le résultat a été le désenclavement de la tumeur.

Voici par exemple ce qu'on lit dans l'observation publiée par M. Maisonneuve, dans le *Moniteur des Hôpitaux*, pour 1863 : « Plus d'une demi-heure se passa dans ces tentatives infructueuses; deux fois les pinces de Liston se brisèrent sous les efforts réunis du chirurgien et de deux aides »... « Le ciseau, violemment percuté par le marteau, finit par pénétrer à une certaine profondeur, et bientôt le chirurgien constata que la tumeur était devenue mobile. Cette mobilité toutefois était bien peu prononcée, car il fallut un examen attentif pour établir son existence »... « Ce n'est qu'après de longs et laborieux efforts, au moyen de leviers de toutes sortes, de daviers, etc., qu'enfin la tumeur put être extraite d'un seul bloc. M. Maisonneuve, portant aussitôt le doigt dans l'ouverture produite par l'extirpation de la tumeur, constata, non sans surprise, que l'intérieur de cette excavation était parfaitement lisse et tapissé par une sorte de membrane tomenteuse. »

Michon, après avoir énuméré les tentatives infructueuses du début de son opération, s'exprime ainsi : « La paroi antérieure du sinus se brisa tout à coup. Cette paroi, qui avait résisté aux précédentes tentatives, offre une épaisseur considérable. Enfin j'ai devant les yeux une large brèche faite à la paroi antérieure du sinus à travers laquelle j'aperçois la tumeur osseuse qu'il contient.

Mais cette tumeur est immobile, comme enclavée profondément dans le sinus. »

J'attire encore votre attention sur les déclarations suivantes empruntées à la même observation : « Cette ouverture que j'avais obtenue (dit Michon), pour ainsi dire sans le vouloir, dut immédiatement changer mon plan d'opération. La tumeur était mise en évidence, son extraction paraissait possible; c'est sur elle que je dus tourner tous mes moyens d'action. Avec la gouge et même la scie j'agrandis d'abord l'ouverture, puis avec une peine infinie, et après plusieurs essais infructueux, je parviens à saisir la tumeur solidement. Je redouble d'efforts pour lui communiquer quelques mouvements, et j'obtiens à peine un petit ébranlement presque insensible. J'agrandis encore l'ouverture, je saisis de nouveau la tumeur, je l'ébranle violemment dans tous les sens; elle cède enfin, et un dernier effort l'attire du fond du sinus où elle était enclavée et l'amène à l'extérieur. Cette lutte de toutes les ressources de la chirurgie contre la tumeur a duré 1 heure 6 minutes (1). »

En voici assez, je l'espère, messieurs, pour justifier à vos yeux la sixième conclusion insérée dans mon mémoire de 1866, et que je vous demande la permission de reproduire ici : « Dans le traitement des exostoses des fosses nasales et des différents sinus annexés, il faut renoncer à attaquer directement les tumeurs soit avec la gouge, soit même avec le trépan. Ces instruments ne peuvent entamer un tissu aussi dur; ils s'émoussent, et l'on a vu les meilleures cisailles de Liston se fracturer sans les intéresser. Il faut donc ouvrir largement la cavité qui contient l'exostose; il suffit ensuite d'ébranler en masse la tumeur pour la voir sortir en totalité et sans de trop grands efforts.

Je viens de dire que cette conclusion était légitime ; il faut cependant que vous sachiez, messieurs, que ces conséquences si rationnelles tirées de l'anatomie pathologique ont provoqué l'étonnement de notre collègue M. Richet. Il dit en effet, page 588 du *Bulletin académique* : « Il ressort avec évidence du texte même de M. Dolbeau que, malgré la large brèche qu'il avait pratiquée au sinus frontal, non-seulement il lui fut impossible d'ébranler la tumeur pour la voir sortir en totalité et presque sans efforts, mais qu'il fallut, après l'avoir saisie avec de fortes pinces, exercer des

(1) Voy. *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. II, page 623 et suiv.

tractions tellement énergiques qu'elle se brisa, et que ce ne fut qu'avec de grandes difficultés qu'on parvint à extraire la moitié postérieure fortement adhérente à la cloison du sinus. »

Messieurs, notre collègue M. Richet sait maintenant aussi bien que moi qu'il se développe dans le sinus deux variétés d'exostoses : les unes sont éburnées, et par conséquent d'une dureté irréductible à nos instruments; les autres, celluleuses, sont formées d'un tissu spongieux, très-mou, très-vasculaire, enveloppées par une lame mince de tissu compacte. Ces dernières exostoses sont friables, et voici pourquoi M. Richet n'a pu obtenir que par morceaux la tumeur qu'il a extraite des fosses nasales. L'exostose que j'ai moi-même enlevée du sinus frontal était également friable, et c'est pourquoi j'ai été dans l'obligation de l'enlever par fragments successifs.

Quant aux tractions tellement énergiques, quant aux puissants efforts dont parle à plusieurs reprises M. Richet, ils n'ont existé que dans l'imagination de mon contradicteur. J'ai saisi la tumeur avec un simple davier pour la sortir en masse; la brisure de l'exostose m'a forcé à enlever le reste du mal avec une gouge utilisée comme levier. L'opération a été fort simple; pour s'en convaincre, il suffit de relire les passages suivants que j'emprunte textuellement à mon observation : « Aussitôt je fis sauter la paroi antérieure du sinus que j'excisai largement; l'exostose était alors parfaitement en évidence; je la saisis avec un davier et je tentai de l'arracher. La tumeur était bien formée par du tissu osseux, elle était mamelonnée comme je m'y attendais; seulement, au lieu d'être éburnée, elle était spongieuse et recouverte simplement d'une coque osseuse très-ferme. L'exostose, au lieu d'être arrachée en totalité, grâce à la résistance que je lui supposais, se brisa en deux morceaux, mettant à nu le centre de la tumeur, et bientôt nous eûmes la satisfaction de voir tomber plusieurs fragments, tous limités par une lame compacte et mamelonnée; nous avions évidemment atteint les limites du mal (1). »

Pas d'efforts violents, pas de puissantes tractions, tout s'est passé simplement, et cette heureuse opération n'a été pour moi l'occasion d'aucune déception. Pourquoi donc M. Richet affirme-t-il le contraire, page 595 du *Bulletin?*

Avant de terminer, j'ai encore quelques réflexions à soumettre.

---

(2) Voy. *Mém. de l'Acad. de Méd.*, 1871.

Pour attaquer les exostoses des sinus ou des fosses nasales, il y a deux méthodes opératoires; la première s'adresse à la tumeur elle-même, elle comprend la cautérisation, le morcellement, la trépanation, etc., de ces masses éburnées. Cette méthode, je la rejette complétement. L'autre méthode, ainsi que l'a dit fort bien M. Richet, n'aborde la tumeur qu'après l'avoir mise à découvert; on ébranle l'exostose, on la fait basculer avec des leviers de manière à la mobiliser en masse. Cette méthode est la seule rationnelle, elle est fondée, ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de le dire, sur les notions que nous fournit l'anatomie pathologique. Le premier, j'ai formulé la règle, mais je reconnais que les divers procédés nés de la méthode sont subordonnés à chaque cas particulier; le choix des procédés dépendra toujours de la sagacité des opérateurs.

Il y a toujours à faire même dans les choses les mieux connues de notre art. Relativement au point de pathologie qui nous occupe en ce moment, je concède très-volontiers que M. Richet aura sa part dans les progrès effectués, mais il est venu tardivement, après les autres, c'est en vain qu'il torturerait les textes, qu'il interpréterait les observations anciennes, les choses sont ainsi; j'ai pris rang avant lui. Je n'ai point effectué la patiente compilation de tous les faits d'exostoses de la face, que ces faits fussent certains ou probables, je me suis contenté de construire un cadre dans lequel rentreront forcément tous les faits isolés.

« Nous devons féliciter M. Dolbeau, dit M. Richet, d'avoir largement contribué à porter la lumière, par ses intéressantes recherches, sur ce point de pathologie encore peu connu et d'avoir, par conséquent, hâté le moment où il rentrera dans le commun domaine des faits bien étudiés. » Ce jugement porté sur mes recherches par un observateur aussi compétent, je l'eusse accepté avec reconnaissance, mais j'ai trouvé qu'il y avait une contradiction trop flagrante entre cette péroraison tout académique et les termes mêmes du rapport de M. Richet, et c'est pour cela que j'ai repris la discussion.

En terminant, j'ai encore à m'excuser auprès de vous, messieurs. Dans le cours de ce long rapport, peut-être aurez-vous pensé que je détournais trop souvent votre attention du fait de M. Pimard, pour vous parler de choses en apparence étrangères au sujet. J'espère néanmoins avoir montré que tous ces faits d'exostoses sont connexes et qu'on ne peut les bien étudier, les bien interpréter qu'en les réunissant dans un seul et même groupe pathologique.

M. Pamard nous a envoyé une observation et un dessin qui sont dignes de figurer dans les publications de la Société; vous prendrez, je l'espère, dans ce sens, une décision favorable. Enfin quand viendront vos prochaines élections pour les correspondants nationaux, M. Pamard sera un candidat auquel vous ferez, je n'en doute pas, un accueil en rapport avec sa situation personnelle et son zèle scientifique.

Je vous propose, messieurs, 1° d'adresser une lettre de remerciments à M. Pamard (d'Avignon); 2° de renvoyer son travail au comité de publication. (Adopté.)

DISCUSSION.

M. GIRALDÈS. Si le rapport de M. Richet lu à l'Académie de médecine, sur le mémoire de M. Dolbeau, avait pu être mis à temps en discussion, j'aurais pris la parole. M. Dolbeau a produit ici, à l'occasion d'une observation de M. Pamard, un remarquable rapport; je dirai donc, à ce propos, ce que j'avais l'intention d'exposer devant l'Académie. Je m'arrêterai sur trois points : la médecine opératoire, la libération de la tumeur dans le sinus, l'origine de l'exostose.

Il est parfaitement juste que M. Dolbeau a attiré l'attention sur un mode opératoire à l'indication duquel il a tout droit de priorité : l'ouverture large du sinus pour enlever les exostoses de ses cavités, c'est-à-dire la création d'une large voie. Je ne comprends pas, dans le rapport de M. Richet, l'intervention d'un chirurgien qui aurait fait avant M. Dolbeau l'opération qui a été soumise par notre collègue à l'Académie. M. Bouyer, de Saintes, ne me paraît avoir aucun titre à la citation de M. Richet. En effet, ce chirurgien a trouvé une exostose du sinus sans avoir posé de diagnostic avant l'opération, et il ne dit rien, dans son observation, qui ait trait à la médecine opératoire, au mode d'extraction dont M. Dolbeau a si bien formulé le principe.

La libération des exostoses des sinus est un fait qui m'a préoccupé depuis 1851, époque à laquelle j'ai eu pour sujet de thèse au concours de clinique chirurgicale les maladies du sinus maxillaire. J'ai vu des exostoses du sinus, et j'ai pu examiner les pièces des observations de Michon, de M. Dolbeau et de M. Pamard; j'ai vu aussi les pièces du Musée, et il m'a été facile de constater que

toutes ces tumeurs étaient libres. Les tumeurs observées par Hilton et Duke, en Angleterre, étaient tellement libres, que les chirurgiens les ont vu tomber pour ainsi dire dans leurs mains. Tout cela est parfaitement clair pour ce qui est des exostoses des sinus maxillaires; mais les exostoses des sinus frontaux ne sont point aussi manifestement libres. Il y a une pièce au musée de Cambridge, une à celui de Saint-Barthelemy's hospital, où les exostoses sont adhérentes. L'observation de Baillie montre que pendant l'opération il y avait de sérieuses difficultés, que la tumeur était comme enkystée. En faisant la part d'un défaut d'étude de la lésion, on peut dire, néanmoins, que ces trois cas témoignent des incertitudes qui règnent sur la libération des exostoses des sinus frontaux.

J'ai été un peu étonné de voir MM. Richet, Dolbeau et Olivier affirmer que le mal naissait de la muqueuse des sinus.

Et d'abord, M. Richet s'est appuyé sur une observation de M. Verneuil. En consultant la note originale de ce dernier, on voit qu'il décrivait les kystes folliculaires de la muqueuse, et c'est incidemment, à la fin, qu'il dit : on trouve dans la muqueuse des aspérités dures dont la nature osseuse a été révélée au microscope. Personne autre n'a vu de semblables altérations, et je n'en ai point vu pour ma part. La muqueuse mince comprend un derme recouvert d'une couche de cils vibratiles, des glandes et du tissu cellulaire et au-dessous le périoste. Nulle part on ne voit de place pour les productions osseuses. M. Dolbeau m'a prêté une opinion analogue à la sienne sur l'origine des exostoses dans la muqueuse. Je n'ai écrit cela nulle part. Il a invoqué aussi une autre autorité, celle de M. Sappey, qui lui a remis une note où il est dit que le périoste renferme des cellules ossifiantes réticulées. Mais est-ce que le périoste fournit des éléments nouveaux dans le coryza et la morve, où il y a cependant un boursouflement considérable de la muqueuse?

J'admets volontiers une ossification due au périoste, mais c'est une ossification en lame mince, une sorte de gaze osseuse. On voit des ossifications périostales dans les cas où la paroi des sinus acquiert l'épaisseur de près de 1 centimètre, mais c'est l'os lui-même qui fait les frais de son accroissement. La note du professeur d'anatomie de la Faculté ne signifie donc rien pour prouver que les exostoses des sinus maxillaires naissent de la muqueuse. MM. Richet, Dolbeau et Olivier ne peuvent, par conséquent, prouver cette origine.

Les exostoses des sinus, celles que je vous présente en particulier, sont bien réellement constituées par du tissu osseux. Les ossifications du tissu cellulaire ne sont pas aussi nettement peurvues de vaisseaux vasculaires. Aussi, en présence de ces objections, je crois qu'il faut poser comme une simple hypothèse l'origine des exostoses dans la muqueuse, et comme nous ne pouvons établir que des conjectures, pour ma part, je croirais plus volontiers que c'est l'os qui produit les exostoses, et je me demande s'il ne s'agirait pas là d'enchondromes ossifiés. Les pièces de Fergusson et Colles (de Dublin) montrent que les exostoses de la face ont réellement cette origine, qu'on leur a trouvé un pédicule sur un os, et que des enchondromes de cette catégorie deviennent des exostoses éburnées. On sait en effet que les os de la tête ne s'ossifient point comme les os longs, et qu'ils produisent des exostoses éburnées, en raison sans doute de ce mode particulier de développement.

M. DOLBEAU. Je remercie M. Giraldès de son appréciation bienveillante et de ses remarques judicieuses. Si j'ai attribué à notre collègue une opinion, c'est d'après les conversations particulières que nous avons eues ensemble. Il émet aujourd'hui une autre hypothèse qu'il place à côté de celle que je lui avais prêtée et à laquelle je me suis rallié, parce que je la crois encore la plus plausible; mais nous ne sommes pas en opposition absolue dans nos deux manières d'interpréter les faits.

Si M. Giraldès avait pu prendre connaissance d'un fait que j'ai signalé dans mon mémoire à l'Académie, il aurait trouvé un troisième motif qui a déterminé ma conclusion relative à l'origine des exostoses. J'ai vu sur la muqueuse du sinus frontal une petite tumeur dure comme une demi-perle, et qui est venue avec la muqueuse du sinus lorsque je l'ai arrachée. Je n'ai pas besoin de rappeler combien cet arrachement est facile. Ce fait, unique il est vrai, rapproché de la remarque de M. Verneuil, avait néanmoins une grande valeur.

M. Giraldès a insisté aussi sur le fait de la libération des exostoses du sinus maxillaire. C'est là une particularité d'une grande importance. Notre collègue, en rapprochant ces exostoses, qu'il appelle des ostéides, des enchondromes ossifiés, et qu'il a assimilées aux exostoses éburnées de la face, ne conteste pas qu'elles deviennent libres. Cette considération permet d'expliquer pourquoi elles sont faciles à enlever, et c'est pour avoir méconnu qu'elles étaient libres ou très-peu adhérentes que des opérateurs habiles tels que Roux se sont épuisés en efforts inutiles en trépanant et en rugi-

nant des tumeurs qu'ils eussent pu détacher par la pression d'une gouge s'ils avaient ouvert une voie assez large.

M. GIRALDÈS. J'ai vu aussi, dans la cavité des sinus, de petites tumeurs éburnées et comme couvertes d'un vernis blanchâtre à la surface. Elles tenaient à l'os par un petit pédicule. M. Bouyer (de Saintes) disait que l'exostose qu'il a extraite tenait aux os. Toutes les exostoses que j'ai eues entre les mains renfermaient des canalicules vasculaires. Ces tumeurs peuvent devenir libres et tomber à la manière du bois des cerfs.

Plus je réfléchis, plus je me persuade que les ostéides des sinus ne naissent point aux dépens de la muqueuse. Je dis cela parce qu'il faut qu'on sache au moins que cela n'est pas prouvé comme on l'a déjà écrit dans un de ces livres dits classiques qui ont la spécialité d'introduire des erreurs de toutes sortes dans l'esprit des élèves. La deuxième édition de la *Chirurgie*, de Holms, mentionne, en effet, que M. Olivier a démontré l'origine muqueuse des exostoses du sinus.

RAPPORTS

Résorption progressive de la partie alvéolaire des maxillaires supérieurs. — M. E. CRUVEILHIER fait un rapport sur une observation de M. le docteur Dubrueil relative à ce sujet. M. Cruveilhier insiste sur l'interprétation des origines de cette maladie et pense avec l'auteur que la lésion du système nerveux central peut avoir causé le mal parce que le sujet présentait des phénomènes paralytiques du côté des membres inférieurs.

M. GUYON. J'ai vu dernièrement un des malades qui a été présenté ici il y a quelque temps, celui de M. Labbé. Je lui ai donné de l'iodure de potassium, me demandant s'il n'y avait pas quelque chose de syphilitique dans sa maladie. L'iodure de potassium a amélioré le mal au point qu'une pièce prothétique dentaire a pu être placée. M. Molière, dans sa thèse inaugurale sur le nerf maxillaire supérieur, a bien étudié les lésions nerveuses dans leurs rapports avec les phénomènes de nutrition. Il n'a pas trouvé de faits confirmatifs à l'appui de la proposition de M. Cruveilhier, et il a montré que la destruction des maxillaires supérieurs est sans influence sur la nutrition des dents.

M. FORGET demande à M. Cruveilhier si l'on peut éliminer tout soupçon de syphilis chez le malade de M. Dubrueil.

M. CRUVEILHIER. M. Dolbeau et M. Dubrueil ont constaté chez leur malade de petits ulcères rebelles à la verge; mais il n'y avait aucune autre trace apparente de syphilis ni dans l'état actuel ni dans les antécédents.

M. DOLBEAU. J'ai en ce moment un malade qui a l'affection dont il est question et chez lequel il n'y a et il n'y a eu aucune trace de syphilis, et la résorption des arcades alvéolaires porte non-seulement sur la mâchoire supérieure mais encore sur l'inférieure.

M. BLOT. La perte prématurée des dents saines chez des adultes est assez fréquente, et il n'y a aucune relation avec la syphilis.

LECTURE

Plaies pénétrantes de l'articulation du genou. — *Conservation du membre.* — M. CHAMPENOIS lit un travail comprenant 21 succès de chirurgie conservatrice dans le traitement des plaies pénétrantes du genou par les petits projectiles de guerre (1870-1871). Ses observations se répartissent ainsi qu'il suit :

Plaies de la synoviale. — 1. Laudren, 6e provisoire. Séton par balle, 8 centimètres, entre le fémur et la partie supérieure de la rotule; arthrite plastique; guérison en 2 mois.

2. Desgeorges, matelot. Balle à 2 centimètres en dedans du tendon tibio-rotulien, sortie à 4 centimètres au-dessus de la rotule en dehors : arthrite plastique, immobilisation par appareil circulaire ouaté ; guérison en un mois et demi.

3. Martin, 37e de marche. Balle entre les condyles du fémur et la partie moyenne de la rotule : immobilisation en gouttière, puis appareils dextrinés, arthrite plastique; ankylose incomplète, guérison en 2 mois.

4. Un blessé de M. Boinet. Balle au-dessous de la rotule, extraite avec des morceaux de vêtement : immobilisation, guérison en 35 jours.

Cas de pénétration des condyles du fémur. — 5. Lavaud, 74e de ligne. Balle à 2 centimètres en arrière du bord externe de la rotule, extraite de l'épaisseur du condyle , amputation refusée : gouttière, appareils dextrinés ; évacuations sur diverses ambulances : guérison en 3 mois, avec ankylose incomplète.

6. Vidal, 2e du génie. Balle à travers les deux condyles du

fémur (du côté interne de la rotule à la partie postéro-externe du condyle externe). Immobilisation immédiate en gouttière, puis dans le même appareil ouaté dextriné durant 4 mois : guérison avec ankylose incomplète.

7. Basté, 51[e] de ligne. Balle en sens inverse de la précédente, restée au côté externe de la rotule enchâssée dans le condyle par sa base. — (Obs. de M. Dolbeau). Guérison en 2 mois : ankylose incomplète, suite d'arthrite plastique.

8. M. Lavergne, sous-lieutenant au 70[e] de ligne. Balle à travers les deux condyles, après guérison d'une arthrite du même genou, suite d'éclat d'obus. — Au bout d'un mois le blessé s'appuie sur le membre : plusieurs hémorrhagies.

9. Blessé de M. Boinet. Balle à travers les condyles au combat de Clamart : arthrite violente , immobilisation, injections iodo-tanniques ; le 20 octobre, le blessé commençait à marcher.

10. Godefroy, 50[e] de ligne. Balle à travers le condyle externe de dedans en dehors, fracture par éclatement simple ; pas de pansements durant un mois, chute spontanée de l'arthrite : ankylose presque complète ; guérison en 4 mois.

Lésions des condyles en arrière. — 11. Marchadier, garde mobile (Seine). Gouttière par balle en arrière du condyle interne ; extraction de la balle le quinzième jour : périarthrite et fusées purulentes ; accidents typhoïdes et ulcérations sacrées, lombaires et dorsales : ankylose complète ; guérison en quatre mois.

12. Fauve, fédéré, 44 ans : usé par l'alcool. Balle à travers le creux du jarret gauche ; fracture du contour postérieur du condyle interne ; encoche à la bifurcation externe de la ligne âpre : arthrite, imminence d'infection purulente ; isolement sous tente ; immobilisation avec retour à l'extension ; ankylose fibreuse en quatre mois. Complications intestinales et pulmonaires ; luxation du condyle externe en avant et de la rotule en dehors, suites d'une position vicieuse due aux ulcérations sacrées : oblitération de la veine crurale à sa partie postérieure ; décès par pneumonie à la fin du sixième mois.

Cas de pénétration des tubérosités du tibia. — 13. Bourgoin, 41[e] de ligne. Balle de la tubérosité externe au côté interne de la rotule ; esquilles primitives et consécutives ; gouttière, incisions, drainage ; au deuxième mois, pourriture d'hôpital à la jambe ; articulation épargnée ; guérison en cinq mois, avec ankylose complète en apparence.

14. Chenon, 46e mobile du Nord. Balle du côté externe de la rotule au côté interne de la tubérosité interne, fracture du condyle interne, pénétration du tibia : arthrite, élimination de l'esquille fémorale au bout d'un mois ; immobilisation en gouttière pendant deux mois et demi ; guérison en trois mois et demi, avec ankylose incomplète.

15. Faux-Point, 3e provisoire. Balle de la tubérosité externe au côté interne de la rotule ; immobilisation, guérison apparente en un mois et demi.

Accidents consécutifs deux mois plus tard : esquilles tibiales et rotuliennes ; guérison définitive en cinq mois sans ankylose.

16. Gordès, garde-national (Seine). Ankylose incomplète, suite de balle ayant fracturé la rotule. Atrophie et faiblesse du membre.

17. Moreau, 128e de ligne, retraité pour blessure par coup de feu au genou droit, suivie d'ankylose incomplète.

18. Périer, 128e de ligne. Coup de feu au genou gauche, raccourcissement et gêne pour la marche ; retraité.

19. Dory, 45e de ligne. Ankylose incomplète du genou gauche dans la flexion, suite de coup de feu à travers cette articulation.

Résections.— 20. Suprin, 69e de ligne. Balle entre les deux condyles, sortie à travers la tubérosité externe et la tête du péroné. Pris par les Prussiens, M. Arendrup redresse et immobilise le genou ; incisions, drains ; suppuration prolongée; au 9e mois, résection de la tubérosité ; guérison au 14e mois avec ankylose osseuse en ligne droite.

21. Pouchet, 114e de ligne. Balle à travers les condyles, d'arrière en avant ; deux jours plus tard, résection de 12 centimètres de longueur, par M. Demarquay. Au bout d'un an, guérison sans soudure osseuse ; l'extrémité fémorale porte sur la partie antéro-externe du contour de la cupule tibiale externe. Un appareil immobilisateur est nécessaire.

De ces observations M. Champenois a cru pouvoir tirer les conclusions suivantes :

Les plaies de la synoviale, même par balles, guérissent parfois avec une étonnante facilité par le repos.

Il en est de même des plaies avec contusion superficielle, érosion ou gouttière au contour des extrémités articulaires.

Les pénétrations nettes peuvent guérir sans complications.

L'arthrite est aggravée quand les fissures qui en rayonnent ont rompu la continuité du revêtement chondro-périostique.

L'éclatement incomplet n'exclut pas l'espoir de la consolidation des fragments dont le périoste se continue largement avec celui de l'os.

Là, comme ailleurs, la règle est d'extraire les projectiles, les corps étrangers et les esquilles; mais l'extraction doit être aussi immédiate que possible, pour éviter les débridements, l'aggravation des douleurs. La recherche est alors plus facile, et aucun instrument ne doit manquer pour en assurer le résultat.

Dans le doute, Observation VI, l'expectation est préférable à la violence.

Au travail suppuratif il est prudent de laisser le soin de l'isolement des fragments non mobilisés par le traumatisme.

Les hémorrhagies des trajets osseux, par leur coïncidence avec des guérisons faciles, semblent un rappel aux émissions sanguines locales quelque peu délaissées.

Si par elles et par l'immobilisation il est parfois possible de tenir l'arthrite à l'état subaigu, le drainage d'emblée serait aussi dangereux qu'il peut être favorable plus tard. A l'élément douleur on ne saurait trop s'attaquer.

Dès le champ de bataille, il faut lui opposer des brancards appropriés au maintien des membres blessés, des appareils ou des attelles en toile métallique. — L'opium peut aussi trouver son indication.

A l'ambulance de réserve, la régularisation immédiate de la blessure doit être suivie, sans retard, d'une bonne immobilisation.

Nous l'avons obtenue par des appareils dextrinés, silicatés ou plâtrés, renforcés de longues attelles en zinc laminé et surtout doublés d'une épaisse couche d'ouate.

De provisoires ils peuvent devenir définitifs, lorsque l'inflammation se localise et que les cratères d'écoulement ont été rendus imperméables aux liquides.

De l'inflammation diffuse, la garantie est la gouttière en fil de fer bien matelassée, à parois mobilisables à volonté.

A ses processus profonds, les incisions, le drainage extra-articulaire peuvent être opposés à mesure du besoin.

A ces moyens, une douce contention des chairs vient en aide pour limiter les décollements; mais c'est aux bandelettes séparées et non aux bandages circulaires qu'il faut la confier.

Dans les cas graves, la chirurgie a besoin du concours de l'hygiène; aux blessés de ce genre il faut l'isolement dans des tentes ou des baraques spéciales, des soins particuliers, loin de l'influence septique des grandes salles et de leurs émotions renaissantes.

Avec l'agitation des ambulances ces sollicitudes ne sont plus guère compatibles.

Mieux vaut presser la réalisation des indications pour profiter des jours de relâche que laisse parfois l'arthrite et diriger, au plus vite, les blessés vers des points précis, aux soins de mains signalées patientes et conservatrices.

Pour rendre ces évacuations aussi favorables que possible, il faudrait entre les ordonnateurs des secours aux blessés une entente préalable, une fusion cordiale et une parfaite facilité de rapports aux jours de l'exécution.

Pour aplanir les difficultés, compléter les moyens les mieux appropriés aux besoins des armées en campagne, il faudra de puissantes influences et le concours de toutes les vraies compétences.

Là trouvera sa place au premier rang la société de chirurgie. Notre travail est une réponse à son appel.

D'autres viendront pour lui permettre d'établir la balance des résultats de la conservation et de l'amputation.

Espérons que ses conclusions serviront à ébranler les convictions et l'influence contagieuse des opérateurs absolus.

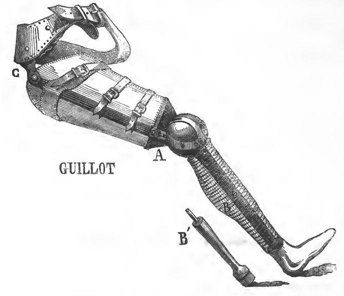
A nos futures armées s'attacheront des sollicitudes nouvelles dont les efforts devront tourner au benéfice de la chirurgie conservatrice, cette vraie chirurgie de l'avenir. Mais pour rendre ce bénéfice aussi complet que possible, des règles plus précises et basées sur des faits sont encore à tracer.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

Pince polypotome pour les polypes des fosses nasales. — M. DUPLAY, au nom de M. Petrini (Michael), présente une pince à polypes pourvue d'une lame cachée qui, poussée lorsque le polype est saisi, sectionne celui-ci près de son point d'implantation, entre les mors de la pince.

Jambe artificielle pour amputation de la cuisse. — M. LÉON LEFORT. Un de nos amputés de cuisse pendant la Commune était obligé, par sa profession de mouleur en fer, de travailler à genoux et de marcher sur le mélange de sable et de poussier de charbon qui constitue le sol des fonderies. Il lui fallait donc un appareil permettant la flexion du genou, se terminant par un pied artificiel et non par un pilon, et il fallait, pour lui comme pour tous

nos malades des hôpitaux, que l'appareil fût d'un prix peu élevé. C'est ce qui m'a fait imaginer l'appareil suivant. Un plateau de bois se terminant par une sphère du côté du genou donne attache à un cuissard en cuir renforcé par deux attaches métalliques. Dans la sphère est creusée la mortaise dans laquelle est reçue l'extrémité de la pièce jambière qui roule autour d'un simple pivot. Un verrou à ressort, dont la partie libre se voit en A, fixe la jambe dans la rectitude; lorsque le malade le soulève, la jambe est rendue mo-



bile et se fléchit par son propre poids. Un cylindre métallique attaché à la partie formant le pied imite les contours de la jambe. Cette partie, séparable en B, peut être remplacée par le pilon ordinaire B'. Le pied, inexactement représenté dans la figure, est le pied à plante convexe imaginé par F. Martin, dessiné dans son numéro de 1850, et dont M. de Beaufort s'est indûment attribué l'invention. La ceinture pelvienne est attachée à une plaque métallique triangulaire articulée avec l'attache externe du cuissard modificateur que j'ai fait appliquer depuis plusieurs années à tous les pilons. Cet appareil, très-bien exécuté par M. Guillot, a l'avantage important, dont le chirurgien lui-même doit se préoccuper, de ne coûter que 45 francs.

ÉLECTIONS

Comité de publication.

Sont élus : MM. Panas, Guéniot et Blot.

Commission des congés.

Sont élus : MM. Guéniot, Boinet et Blot.

La séance est levée à 5 heures trois quarts.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 31 JANVIER 1872.

Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux;* — L'*Union médicale;* — La *Gazette hebdomadaire;* — La *Gazette médicale de Strasbourg;* — Le *Lyon médical;* — Une brochure intitulée : *Le Docteur Tournatoris, sa vie et ses œuvres,* par le docteur Félix Chavernac.

M. DOLBEAU présente, au nom de M. le docteur Chipault (d'Orléans), un volume intitulé : *Fractures par armes à feu,* que l'auteur offre en hommage à la Société. (M. Després est chargé de faire un rapport verbal sur cet ouvrage.)

COMMUNICATIONS

Tumeur hémato-kystique du fémur. — M. HOUZÉ DE L'AULNOIT présente à la Société une observation avec photographies, relative à une tumeur hémato-kystique du fémur développée chez une femme encore jeune. La tumeur s'était ulcérée et laissait couler du sang en abondance d'une masse fongueuse, située à la partie externe du genou, du côté où la tumeur s'était ulcérée. La cuisse a été amputée; la récidive est survenue dans le fémur moins de quatre semaines après l'opération. La malade mourut épuisée. Dans un cas semblable, M. Houzé croit qu'il vaudrait mieux désarticuler la cuisse plutôt que de couper le fémur dans la continuité.

M. Houzé de l'Aulnoit présente en outre à la Société plusieurs brochures, sur *l'Hygiène et la ventilation des hôpitaux de la ville de Lille; sur les encéphalocèles consécutives aux fractures du crâne; sur les travaux des ambulances du département du Nord; sur l'empoisonnement par les grains de ricin.*

Blépharoplastie par un lambeau complétement détaché du bras et reporté à la face. Insuccès.—M. LE FORT. Un article ayant un caractère fâcheux, et qui, je ne veux pas en douter un seul instant, a été inséré à l'insu du chirurgien qu'il désigne dans la *Patrie* et le *Journal des Débats,* parle d'une blépharoplastie, pratiquée par un de nos collègues, au moyen d'un lambeau complétement détaché de l'avant-bras et reporté sur la face. Je n'ai pas à discuter cette opération, dont le récit fait dans nos journaux politiques manque absolument du caractère scientifique.

Or, comme j'ai fait il y a deux ans, mais sans succès, cette opération, qui n'avait pas que je sache été encore tentée, je crois devoir donner quelques détails sur cette tentative infructueuse. Je m'étais borné jusqu'à présent à la mentionner devant la Société, il y a quelques mois déjà, à propos d'un cas de suture des paupières présenté par M. Verneuil.

Il y a sept ou huit ans environ, je lus dans les *Indians annals,* journal de médecine publié à Calcutta, un travail d'un médecin anglais sur les procédés de rhinoplastie employés par les indigènes pour restituer un nez à ceux qui avaient perdu le leur par la main du bourreau et à la suite de condamnation. La méthode était assez singulière. Le lambeau était, dit-on, pris sur la fesse quelquefois

du patient, quelquefois d'un malheureux qui fournissait un morceau de son tégument fessier moyennant finance. On dessinait d'abord à l'endroit voulu le morceau à enlever, et pendant qu'on avivait la cicatrice nasale du patient, l'aide, se servant de la chaussure de celui qui devait fournir le nez nouveau, lui appliquait à l'endroit où on l'avait dessiné un nombre varié de coups, ayant pour résultat de faire rougir fortement la pièce qu'on devait détacher. L'idée n'était pas mauvaise, car c'était un moyen d'attirer le sang dans le réseau des capillaires et d'activer la vitalité du lambeau au moment où on allait le détacher.

J'avais été très-frappé de ma lecture; ce travail avait un caractère sérieux, la transplantation ne me paraissait pas chose impossible, et il était évident que si elle était applicable, on aurait réalisé une véritable révolution dans l'autoplastie faciale. Malheureusement, il me fallut plusieurs années avant que je pusse trouver l'occasion de tenter l'expérience; cette occasion ne s'offrit à moi qu'en 1869.

Le 17 novembre, un mégissier âgé de trente ans vint à l'hôpital pour une pustule maligne, occupant les deux paupières de l'œil gauche et la partie voisine de la région malaire. La guérison laissa après elle un ectropion de la paupière inférieure des plus marqués. La suture des paupières avait cédé à la rétraction de la plaie.

Le 17 janvier 1870, je l'envoyai à Vincennes en convalescence, me proposant de relever la paupière au moyen de l'autoplastie quand toute la rétraction cicatricielle se serait opérée. Il rentra à l'hôpital le 1er février.

Le 15 février, je fis appliquer un sinapisme sur la partie externe du bras gauche, et j'avivai le bord libre des deux paupières en arrière de l'implantation des cils, afin de pratiquer l'occlusion permanente. En même temps, je détruisis la cicatrice à la base de la paupière inférieure et vers l'angle externe; je disséquai la peau, de manière à remonter le bord palpébral; mais j'avais ainsi entre la paupière et la région malaire un espace losangique cruenté, que je me proposai de combler avec la peau empruntée au bras.

Tenant compte de la rétraction de la peau quand elle est détachée, je séparai du bras un lambeau capable de venir répondre à toute la surface saignante sous-palpébrale, et je l'y fixai par sept ou huit points de suture.

Le lambeau fut, de plus, tenu appliqué par une douce compression. Le lendemain matin, je le trouvai froid et décoloré, surtout sur les bords, mais j'espérais un succès pour la partie centrale; cet espoir se prolongea jusqu'au troisième jour, mais seulement pour la partie

externe. A ce moment, tout le reste du lambeau obéissait aux lois de la putréfaction; au quatrième jour, il n'y avait plus à douter, aucune partie du lambeau n'avait repris.

Pour terminer l'histoire de l'opération, je dirai que la suture des paupières retint pendant huit mois les paupières à peu près en place; mais l'ectropion se reproduisit dès que l'on sépara les paupières.

La tentative infructueuse que j'avais faite n'avait pas découragé le malade; moi-même j'avais l'espoir de réussir en modifiant le procédé. J'avais en effet eu le tort, dans la première tentative, de prendre la peau dans toute son épaisseur; j'espérais au contraire le succès si, ne prenant que les trois quarts de l'épaisseur des téguments, j'opposais une surface saignante ou du moins bien cruentée à la plaie résultant de la dissection de la paupière. Je me proposais de recommencer, et le malade était rentré dans ce but à l'hôpital Cochin, lorsque survinrent les événements de la Commune; mon malade voulut sortir pour prendre part à la lutte; j'eus l'occasion de le revoir dans les derniers jours du siége, alors qu'il m'amenait à l'hôpital un de ses camarades blessés. Depuis, je n'en ai pas eu de nouvelles et j'ignore son sort.

Voilà mon observation; elle m'a paru digne de vous être signalée plus longuement que je ne l'avais fait il y a quelques mois, car je crois que l'on peut être autorisé à renouveler la tentative que j'ai faite, malgré l'insuccès dont elle a été suivie, mais en prenant soin de ne prendre que la plus grande partie de l'épaisseur de la peau et non la peau tout entière, car la surface du lambeau se trouve alors dans de moins bonnes conditions pour la réunion immédiate.

M. PANAS. L'autoplastie, pratiquée avec des lambeaux de peau entièrement détachés, n'est pas inconnue, même dans notre pays. Il y a plus de trente ans, M. Laugier, dans les *Annales de la chirurgie français e et étrangère*, a rapporté un fait où ce chirurgien avait emprunté un lambeau à la peau du bras et l'avait transporté sur la plaie qu'il voulait réparer, et sur laquelle le lambeau a repris.

M. LÉON LABBÉ. Je ne puis trop remercier M. Le Fort de la communication qu'il vient de faire, puisqu'elle me fournit l'occasion de m'expliquer sur un fait fâcheux auquel, comme il l'a pensé, je suis complétement étranger. Un journal politique a, en effet, fort mal à propos, car ce n'était pas le lieu, et de plus inexactement parlé d'une opération que j'avais pratiquée. Je n'ai pu savoir quel était l'auteur de l'article et ne puis être responsable de ce qu'un homme

du monde, croyant quelque chose d'extraordinaire là où il n'y a rien que de très-naturel, se permet d'écrire un article déplacé. Mes amis, consultés par moi, m'ont formellement déclaré qu'en pareille occurrence je n'avais pas à répondre par la même voie, et que je devais garder le silence.

Quant au fait chirurgical lui-même, voici sa valeur réelle. Il s'agit d'un cas de gangrène de la paupière supérieure droite. Pendant la période de réparation, j'ai utilisé les données que nous ont fournies MM. Reverdin et Guyon sur l'utilité de la greffe épidermique, et après avoir pris, sur l'avant-bras, cinq petits lambeaux, je les ai appliqués avec soin sur la plaie. La réunion a eu lieu, et j'ai été assez heureux pour éviter ainsi la production d'un ectropion, qui se fût sans cela inévitablement produit. M. Charles Loiseau, sur un malade que j'ai eu occasion de voir, et auquel il donnait des soins avec M. Wecker, a pratiqué également avec succès la greffe épidermique dans un cas analogue. Je sais que mon ami, le docteur Galezowski vient d'obtenir aussi un très-bon résultat par l'emploi de la même méthode opératoire.

Voilà donc la valeur réelle du fait dont il a été question. Il ne s'agit pas de la transplantation d'un lambeau plus ou moins considérable de toute l'épaisseur de la peau.

En terminant, je remercie de nouveau M. Le Fort de m'avoir fourni l'occasion de donner, devant mes collègues, une explication complète et loyale à propos d'une publication intempestive, et que, plus que personne, j'ai profondément regrettée.

M. LARREY fait remarquer l'analogie qu'il y a entre ce procédé et celui de Tagliacozzi. En effet, dans beaucoup de cas, il a pu se faire que le pédicule du lambeau fût très-petit, et que la peau transplantée ait pu reprendre comme si elle avait été entièrement détachée.

M. GIRALDÈS. Gerdy, qui, comme on le sait, était très-distrait, a fait sans le vouloir le procédé indien. Après avoir fait la suture de son lambeau, il a coupé le pédicule par distraction. Je me hâte d'ajouter que le lambeau tomba immédiatement en gangrène.

M. DEMARQUAY. Je demanderai à notre collègue, M. Le Fort, si, dans le travail anglais qu'il a lu, il y a des cas de succès; ceci serait très-important à noter. J'ai vu Blandin faire des opérations autoplastiques par le procédé de Tagliacozzi, mais il gardait de larges pédicules. Je me demande alors si, par opposition, on peut réussir en transplantant simplement un lambeau de peau.

M. LE FORT. C'est une grosse question que nous agitons ici. Il

s'agit de savoir si l'on peut transplanter un lambeau de peau sans pédicule. Le procédé de Tagliocozzi est extrêmement pénible pour les malades, et ce serait une excellente chose que de pouvoir lui substituer un procédé moins fatigant pour le malade. Je dirai à M. Demarquay que, dans le travail anglais que j'ai cité, les opérations autoplastiques par transplantation sont données comme des opérations courantes.

Le fait qu'a publié M. Laugier, et que nous a rappelé M. Panas, coupe court à toute discussion de priorité. M. Laugier, du reste, a rassemblé un certain nombre de faits de réapplication de lambeaux de peau entièrement détachés suivis de la reprise du lambeau. M. Laugier en avait fait sur lui-même l'expérience, et c'est sans doute ce qui avait inspiré la tentative qui nous est rappelée aujourd'hui. La généralisation de faits semblables serait capable d'autoriser des tentatives de transplantation de peau.

M. BOINET. Il y a un grand nombre de faits de réapplication de parties divisées par des instruments tranchants, tels que le nez et les oreilles, suivis de la cicatrisation des parties. Ces exemples autorisent des tentatives du même genre.

M. LE FORT. M. Béranger-Féraud a fait un travail sur le sujet et a cité tous les exemples connus.

M. PERRIN. Les faits ne sont pas nombreux; les conditions de leur réussite ne sont pas comparables à celles d'une blépharoplastie. D'ailleurs, la méthode de transplantation donnerait-elle des résultats plus favorables que la méthode d'autoplastie par glissement? Je ne le pense pas.

M. LARREY. Je suis de l'avis de notre collègue M. Perrin; la réapplication des tissus séparés n'est point comparable aux avivements que l'on pratique pour la blépharoplastie. Puisque le travail de M. Béranger-Féraud a été cité, je rappellerai le rapport, déjà fort ancien, sur la réapplication de portions de tissus séparées, que Pierre Berard a lu à la Société anatomique.

M. DEMARQUAY. Je me demande si les conditions où les Indiens pratiquent la transplantation sont semblables à celles dans lesquelles nous opérons la blépharoplastie ou la rhinoplastie, et chez lesquelles il y a une grande quantité de tissu inodulaire là où nous devons pratiquer l'avivement. Mais je désirerais que nous eussions des observations de la pratique des Indiens.

M. HORTELOUP. M. Le Fort croit que la flagellation du lambeau est nécessaire pour que les tissus reprennent. D'après ce que j'ai vu dans un cas de blépharoplastie dans le service de M. Nélaton, la

rougeur provoquée dans les lambeaux n'est point une condition favorable.

M. LE FORT. Ce que je crois être bon et profitable est une application de la greffe de M. Reverdin. Il y a dans la greffe épidermique un peu de derme; il faudrait prendre plus de derme, et voilà tout. Mais il faut renoncer à l'espoir d'un succès lorsque l'on transplante toute l'épaisseur de la peau. Quant à la flagellation de la peau avant d'enlever le lambeau qui doit être transplanté, je la crois utile; elle amène du sang dans le lambeau, c'est-à-dire des éléments de vie.

PRÉSENTATION DE MALADES

Nécrose phosphorée de la mâchoire inférieure. — M. A. GUÉRIN montre une malade à laquelle il a enlevé un séquestre représentant la moitié de la mâchoire inférieure. Après dix-huit mois de suppuration peu abondante, l'os est sorti pour ainsi dire de lui-même hors du périoste; aussi, actuellement, la reproduction osseuse est excellente. Elle est bien meilleure, dit M. Guérin, que celle d'un malade que j'ai présenté l'année dernière à la Société, et chez lequel j'avais dû pratiquer l'ablation du maxillaire prématurément, à cause d'une salivation excessive, opération qui avait été suivie de la chute secondaire du nouvel os.

M. CHASSAIGNAC. Chez les malades qui ont une nécrose qui n'est pas encore limitée, on peut prévenir la chute du nouvel os et hâter l'élimination des séquestres en employant les tubes à drainage. Ce qui cause le plus la destruction des ostéophytes de réparation, c'est le séjour du pus autour de l'os nécrosé.

M. DEMARQUAY. On est parfois obligé d'enlever l'os maxillaire, à cause des accidents inflammatoires et des douleurs; c'est ce que j'ai été contraint de faire dans deux cas de nécrose du maxillaire inférieur causée par le froid.

M. FORGET. Ce fait que nous présente M. Guérin rentre dans les lois générales de la nécrose; je ne vois là rien de plus que ce qui nous a été enseigné dans notre jeunesse. Ce qui ressort de plus clair, c'est l'intervention utile du chirurgien. Pour ce qui est de la stagnation du pus, on nous avait enseigné qu'il fallait faire des fenêtres pour empêcher la stagnation du pus, et nous connaissions aussi la reproduction osseuse qui s'effectuait en raison de la fonction ostéogénique du périoste.

M. GUÉRIN. Si nous n'avons rien dit de l'historique, c'est parce que nous la supposons présente aux esprits. Depuis que nous avons eu connaissance, par la thèse de M. Trélat, des pièces recueillies par M. Lallier, nous savons que l'ostéite qui précède la nécrose phosphorée marche même après la formation des séquestres, et qu'il ne faut pas opérer avant l'élimination complète et entière des séquestres.

M. DEMARQUAY. Il est certain qu'il faut attendre; mais, s'il y a une production abondante de pus qui épuise le malade, il faut opérer.

Staphylorrhaphie complémentaire. — **M. LANNELONGUE** présente un malade auquel il a pratiqué la staphylorrhaphie par le procédé classique, après avoir antérieurement pratiqué l'uranoplastie, en prenant un lambeau sur la membrane muqueuse des fosses nasales. Ce malade est le même qui a déjà été présenté à la Société.

COMITÉ SECRET.

A 5 heures, la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats au titre de membre correspondant national.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1872.

Présidence de M. H. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Bulletin de thérapeutique*; — les *Archives de médecine* (numéro de février); — le *Montpellier médical*; — le *Lyon mé-*

dical; — *Bulletin de la Société de médecine du département de la Sarthe.*

— *Des fractures des os maxillaires supérieurs,* par le docteur Louis Thomas, membre correspondant.

— *Note sur les avantages et la description d'un nouveau procédé opératoire applicable à toutes les amputations des membres,* par le docteur Houzé de l'Aulnoit, membre correspondant.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture d'une lettre de M. le docteur Ledentu, qui se porte candidat à la place vacante de membre titulaire. A cette occasion, il rappelle que, d'après le règlement, les lettres de candidature doivent être adressées à la Société avant la nomination de la commission chargée de l'examen des titres de candidat à la place de membre titulaire.

La Société, appelée à se prononcer à cet égard, décide qu'il y a lieu d'observer le règlement. La candidature de M. Ledentu sera reportée pour la première déclaration de vacance.

M. DAVAT (d'Aix), membre correspondant, assiste à la séance.

M. TRÉLAT donne lecture d'une lettre adressée à la Société par le docteur Deshayes, relative à un cas d'*infection purulente, suite de phlébite* par compression.

Voici le fait résumé : Un malade, âgé de 37 ans, était entré dans le service de M. Bucquoy, à l'hôpital Cochin, pour une douleur dans l'articulation de l'épaule gauche et une douleur à la région parotidienne droite; il avait, en outre, une forte fièvre. La maladie a été prise d'abord pour un rhumatisme articulaire. Le délire survint, et la mort arriva cinq jours après l'apparition d'une douleur dans le genou gauche.

A l'autopsie, on trouva du pus franc dans les deux articulations du genou et dans l'articulation scapulo-humérale gauche. Il s'agissait d'une infection purulente, avec abcès métastatiques articulaires. Mais il n'y avait aucune autre lésion des viscères. Restait à trouver l'origine de l'infection purulente. La veine jugulaire, examinée, présentait un caillot, long de 5 à 6 centimètres, adhérent à la paroi interne du vaisseau, caractère certain d'une phlébite déjà ancienne.

L'auteur pense que la veine a été comprimée dans une rixe dont on a eu la connaissance certaine après la mort du malade.

LECTURES

Projet d'un hôpital sur la Seine. — M. ROCHARD lit un travail sur ce sujet. (Renvoyé à une commission composée de MM. Larrey, Perrin, Chassaignac.)

Ovariotomie. — Deux nouvelles opérations d'ovariotomie, suivies de guérison. — M. PANAS. — L'année dernière, j'ai eu l'honneur de communiquer à la Société de chirurgie deux opérations d'ovariotomie, que j'ai pratiquées à l'hôpital Saint-Louis. Aujourd'hui, je viens apporter deux nouveaux faits, ce qui porte à quatre le nombre des malades opérées par moi à cet hôpital. Sur ce chiffre, on compte trois guérisons et une mort, et si cette proportion pouvait se maintenir, nous n'aurions certes rien à envier aux statistiques les plus heureuses, publiées tant en France qu'à l'étranger. Malheureusement le chiffre en est encore insuffisant.

Du reste, pour mieux apprécier les résultats, je compte numéroter les observations que j'aurai l'honneur de vous communiquer intégralement.

Obs. III. — Adèle D..., fille L..., 30 ans, piqueuse de bottines, habitant Paris-Belleville, née dans l'Eure-et-Loir. Réglée à 14 ans, mariée à 21 ans, elle a deux enfants, dont l'un meurt à 6 ans et demi ; l'autre, chétif et scrofuleux, est âgée de 7 ans.

La malade jouissait antérieurement d'une parfaite santé : jamais elle n'a subi de maladie, soit avant, soit après son mariage.

Elle n'accuse pas de fausse couche ; ses règles, bien qu'arrivant à époque fixe, sont un peu diminuées depuis son dernier accouchement.

Il y a dix-huit mois, quelques douleurs siégeant dans l'hypochondre droit attirèrent l'attention et firent découvrir une tumeur globuleuse.

Cette tumeur, peu sensible à la pression, se développe assez rapidement de bas en haut, sans gêner en rien les occupations de la malade.

Au mois d'octobre 1870, la tumeur est déjà assez volumineuse pour faire croire à une grossesse datant de six mois.

A partir de cette époque, on ne se méprend plus sur la nature de l'affection; les douleurs sont fréquentes et assez vives.

Trois à quatre fois, après une longue marche, la compression de la vessie a déterminé une rétention d'urine, qui n'a pu être évacuée qu'à l'aide de la sonde.

Souffrante et amaigrie, la malade se décide à entrer dans le service de M. Guérin le 9 février 1871 ; elle en sort le 25 avril, décidée à se faire opérer plus tard.

Son ventre mesurait alors un mètre de circonférence.

Les douleurs, la gêne dans la marche, l'augmentation de

volume de la tumeur, amènent de nouveau la malade à l'hôpital Saint-Louis, où elle entre dans le service de M. Panas le 2 octobre 1871.

Etat actuel. — Femme de bonne constitution. Abdomen volumineux, mesurant 1 m. 13 de circonférence. Tumeur déjetée à gauche.

Bruit de cuir neuf en pressant sur les parois. Matité complète, excepté en arrière et vers les fosses iliaques.

Ombilic effacé.

Col de l'utérus remonté et déjeté à gauche.

6 octobre. — Douleurs très-vives, durant depuis deux jours; elles paraissent dues à la distension de la tumeur, car une ponction soulage la malade.

La ponction, faite avec un trocart capillaire, donne issue à 300 grammes d'un liquide colloïde filant.

L'examen microscopique, dû à l'obligeance de M. Quinquaud, donne les résultats suivants :

1° Assez nombreux petits éléments granuleux de 7 à 8 millim. : ce sont des leucocytes devenus granulo-graisseux.

2° Cellules épithéliales polyédriques, plus ou moins déformées, démontrant que sur les parois il a existé de l'épithélium.

3° Quelques globules de mucus.

4° L'acide acétique coagule la matière filante; mais histologiquement on trouve à peine quelques fibrilles; le reste est un composé finement grenu.

L'acide acétique ne change pas la coloration du liquide.

L'alcool précipite une matière à flocons granuleux; au bout de deux heures, le tout se dissout dans une eau à 35°.

En résumé, il s'agit d'un liquide composé surtout de *matières albuminoïdes*, et non d'un liquide *purulent* proprement dit.

8 octobre. — L'opération avait été décidée pour ce jour; les règles, qui sont survenues, la font remettre au 17 octobre.

L'opération fut pratiquée le 17 octobre, comme il suit :

Chloroformisation jusqu'à résolution complète du système musculaire volontaire.

Incision sur la ligne médiane depuis le pubis jusqu'à trois travers de doigt de l'ombilic, comprenant toutes les couches et le péritoine, qui fut incisé à même, sans sonde cannelée. Pas un vaisseau n'a été ouvert, et l'on arrive ainsi à la surface du kyste, qui est immédiatement ponctionné.

Trois grands kystes sont ouverts successivement, laissant écouler plusieurs litres d'un liquide jaunâtre; mais, quoique réduite des deux tiers de son volume, la tumeur ne montre aucune tendance à se porter au dehors, ce qui s'explique par la consistance charnue du restant de la tumeur, et surtout par son adhérence que nous allons décrire en détail.

Il s'agit ici d'un kyste proliférant développé aux dépens de l'ovaire droit, et qui, en refoulant les deux feuillets du ligament large correspondant, a rempli de sa masse toute l'excavation pelvienne, ainsi que la fosse iliaque droite.

L'utérus et la vessie, refoulés à gauche, sont directement appliqués sur la tumeur, de sorte qu'il n'y a point de pédicule entre celle-ci et l'utérus, et que, pour l'en détacher, il nous a fallu raser en quelque sorte le bord latéral de cet organe.

Du côté externe ou iliaque, la tumeur, intimement adhérente à la fosse iliaque, recevait l'artère et la veine ovarique contenues dans une espèce de repli du péritoine.

Ainsi enclavée, la tumeur se montrait immobile, et de plus elle offrait une adhérence avec le pavillon de la trompe du côté opposé et aussi avec l'épiploon.

Voici ce que nous fîmes pour la mobiliser:

Un double fil très-fort est passé au ras du bord latéral de l'utérus, entre celui-ci et le kyste, puis, en serrant isolément les deux anses de fil en haut et en bas, on parvient à pédiculiser la tumeur de ce côté.

On détache ensuite de la surface de la tumeur les adhérences épiploïques et la trompe gauche, dont le pavillon, adhérent à la masse, a dû être retranché, le tout non sans peine, et après avoir appliqué plusieurs ligatures préalables, à l'effet d'éviter tout épanchement de sang dans le péritoine.

Ce temps de l'opération terminé, la masse tenait solidement au bassin, et, pour l'en détacher, il nous a fallu l'arracher du tissu cellulaire sous-péritonéal et inciser le péritoine à l'endroit des vaisseaux ovariques, après y avoir appliqué une forte ligature.

On conçoit ce que toutes ces manœuvres ont dû exiger de temps et de persévérance, mais enfin la totalité de la masse a pu être ainsi enlevée; et l'opération, qui avait déjà duré plus d'une heure et demie, fut menée à bonne fin.

Quelques particularités propres à ce cas méritent d'être notées ici :

D'abord, une adhérence épiploïque assez large, qui nécessite l'ap-

plication de diverses ligatures, lesquelles furent réduites à deux, vers la fin de l'opération, grâce à l'arrêt spontané du cours du sang dans les plus petits des vaisseaux épiploïques liés temporairement.

Un autre détail sur lequel nous avons déjà insisté, c'est l'absence de pédicule utérin. Il en est résulté que l'utérus, augmenté de volume, comme nous l'avons presque toujours rencontré jusqu'ici dans nos opérations d'ovariotomie, était fixé par le clamp tout contre les lèvres de la plaie abdominale, au point de rendre quelque peu difficile le rapprochement de celle-ci.

Une dernière remarque, plus importante que les précédentes, consiste dans le fait de l'infiltration sanguine du repli péritonéal contenant l'artère et la veine ovarienne. Le tissu cellulaire sous-péritonéal, infiltré de sang en ce point, représentait, en effet, à s'y méprendre, une anse intestinale; aussi avons-nous hésité pendant quelque temps à le couper, et ce ne fut qu'à l'aide d'investigations patientes que nous avons pu nous assurer que l'intestin n'était point en cause.

C'est là, on le voit, une de ces mille petites difficultés qui rendent l'opération de l'ovariotomie assez délicate, et les observateurs rendraient un véritable service en signalant, pour chaque cas, tout ce qui a pu leur créer des difficultés opératoires.

La tumeur enlevée comme il a été dit, nous procédâmes à la toilette du péritoine; puis, l'abdomen fut refermé à l'aide de six points de suture métallique profonds, comprenant le péritoine, et par autant de points de suture entortillée superficiels. Pour tout pansement, on a appliqué du perchlorure de fer sur le pédicule, maintenu au-dessus par le clamp, et du collodion sur la plaie, qui fut en outre recouverte de ouate et d'un bandage de corps.

Voici maintenant quelles en ont été les suites :

Le premier jour, pouls à 140; respiration, 46; température vaginale, 39; grande prostration, quelques nausées, mais point de vomissements; la malade prend un bouillon.

Le 18, elle a vomi abondamment la nuit; même état du pouls et de la respiration que la veille; faciès meilleur; les forces renaissent, aussi la malade, satisfaite de son état, retrouve le sourire qui lui est habituel. La température vaginale marque 39; il y a deux mictions spontanées, mais pas de selles.

Même état jusqu'au 22, où le pouls descend à 90, la respiration à 22 et la température vaginale à 38 1/5. La malade, qui avait eu un peu de diarrhée, va à la selle naturellement. On enlève l'épingle

la plus inférieure, qui commence à couper la peau. Comme le ventre est un peu ballonné, on prescrit des frictions mercurielles belladonées et un cataplasme sur le ventre. La malade mange de bon appétit.

Le 23, la nuit a été agitée, la diarrhée a reparu. On ajoute à la prescription de la veille vingt gouttes de laudanum prises dans du vin.

Le 24, pas de diarrhée; on enlève une autre épingle. Le clamp tombe. Même bon état du pouls et de la respiration; la température se maintient toujours à 38 1/5.

Le 26, toutes les épingles sont enlevées, en laissant en place les points de suture métallique profonds. Le pédicule bourgeonne parfaitement.

Le 29, la malade, qui mange plus que ne le comportent ses forces, vomit un peu de bile, et a une selle liquide ainsi que quelques douleurs abdominales; aussi le pouls monte à 100 et la température à 39.

Le 30, encore quelques vomissements alimentaires. Soif, inappétence, douleurs abdominales, rougeurs au bas de la plaie.

Le 1er novembre, on vide, en pressant la plaie, du pus crémeux qui semble accumulé dans la profondeur de la plaie et du côté droit.

Le 11 novembre, son état général s'améliore ; le pouls, la respiration et la température redeviennent normaux.

Le 14 novembre, deux fils de suture sont enlevés, ce qui provoque une petite poussée érysipélatoïde autour de la plaie, avec inappétence et léger mouvement fébrile.

Le 20, tous les fils d'argent sont enlevés. L'état général est excellent, la plaie se cicatrise partout.

Le 24 novembre, la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie.

Réflexions. — Bien que le rétablissement se soit fait attendre, il est à noter que les accidents qui l'ont retardé ne dépendaient pas directement de l'opération, mais de complications en quelque sorte collatérales, telles qu'indigestion, abcès de la paroi ventrale et diarrhée.

A certains moments, le résultat de l'opération pouvait paraître compromis; mais la température vaginale, qui n'a jamais dépassé 39 et est restée la plupart du temps à 38 et 38 15, nous donnait les plus grandes espérances pour la guérison, et cela, comme on le voit, à juste raison.

Le liquide contenu dans le kyste était filant. Quant à la portion solide de celui-ci, elle formait à peu près le tiers de la masse.

La seconde malade m'a été adressée par notre collègue M. Boinet, qui a bien voulu m'assister à l'opération. Notre collègue M. Alphonse Guérin, dont le concours m'a été précieux dans les trois opérations que je vous ai communiquées précédemment, a bien voulu être présent à celle-ci.

Obs. IV. — D..., Sophie, 42 ans, placière, rue Montorgueil, voit ses règles une fois à 11 ans 1/2.

De nouveau à 13 ans 1/2.

Mal réglée jusqu'à 18 ans.

Toujours bien réglée à dater de cette époque. Mariée à 20 ans.

Deux enfants : le premier à 28 ans, le deuxième à 36 ans; ils vivent tous les deux et sont bien portants.

Jamais de fausses couches; accouchements faciles.

A la suite de la dernière couche, métrorrhagie durant six mois. Environ 1/4 de litre de sang rendu par jour.

C'est à dater de cette époque que la malade s'aperçoit d'une tumeur siégeant à gauche et dont le volume croît de jour en jour.

Aucune maladie antérieure, à part une fistule à l'anus, opérée par M. Nonat en 1859.

Durant deux ans, la tumeur ne cause aucune gêne, aucune douleur, et n'empêche point la malade de vaquer à ses occupations.

Les douleurs sont assez intenses en 1867 pour que la malade entre aux Cliniques, où Jarjavay porte le diagnostic de M. Nonat (tumeur fibreuse de l'utérus).

Prolapsus de l'utérus à travers la vulve, datant de la première couche.

La mère de la malade, atteinte probablement de la même affection, est morte, au dire de la malade, d'hydropisie à l'âge de 52 ans.

Les douleurs disparaissent après deux mois de séjour à l'hôpital.

De 1867 à 1869, la tumeur ne varie point et ne cause que quelques douleurs peu vives et passagères.

En 1869, elle augmente rapidement de volume, cause des douleurs plus intenses et gêne énormément la marche.

Le 5 octobre 1871, la malade entre dans notre service, à l'hôpital Saint-Louis.

État actuel. — Tumeur déjetée à gauche. Abdomen volumineux et mesurant 86 centimètres.

Pas de frottements péritonéaux ; pas de matité au niveau des hypochondres et des fosses iliaques. Fluctuation.

Le kyste paraît formé de deux grandes loges.

L'ovariotomie paraît décidée.

L'état moral de la malade est mauvais ; elle a consulté une somnambule qui lui a annoncé une péritonite mortelle.

Opérée le 25 octobre.

Après incision des parois abdominales et la ponction du kyste, celui-ci sort en masse. Aucun vaisseau pariétal n'a été incisé. La malade fait des efforts, de sorte qu'il est assez difficile de maintenir les intestins dans la cavité abdominale.

Des flanelles trempées dans l'eau chaude sont employées à cet effet. On ponctionne le kyste, qui ne présente pas d'adhérences ; une forte ligature est posée sur le pédicule, saisie ensuite par les branches du clamp.

Il est très-facile de nettoyer le péritoine, dans lequel ne s'est épanché ni sang ni liquide kystique.

Des sutures profondes de fils d'argent, comprenant la peau et le péritoine, plus des points de suture entortillée, au nombre de six pour chacune, permettent d'affronter exactement les lèvres de la solution de continuité de l'abdomen. Comme toujours, le clamp est ramené à l'angle inférieur de la plaie, qu'on badigeonne avec une couche de collodion.

Coussinet de ouate et bandage de corps pour tout pansement.

L'opération n'a duré en tout que 20 minutes.

Le jour de l'opération, la malade se trouve bien. Elle a rendu le verre qu'elle a bu, mais le pouls ne dépasse pas 96. La température vaginale se maintient à 38° 3/10. Il n'y a que 24 respirations par minute, et le faciès est excellent.

Le lendemain 26, le pouls demeure à 90, la respiration à 20 et la température à 38°. Quelques nausées encore dans la nuit. La malade urine et prend du bouillon et du potage.

Le 27, la température n'est que de 37°, 3/10. Il y a une selle naturelle. Le ventre reste indolore et absolument plat. A peine quelques coliques.

Du 28 au 30, même bon état. Le clamp tombe, laissant à la place une petite plaie bourgeonnante. La réunion est immédiate sur toute la ligne de la suture.

Le 31, les règles apparaissent normales.

Du 1er au 3 novembre le pouls est à 80 ; la température, 37°, et il y a 20 respirations à la minute.

Le 3, on enlève les deux épingles les plus inférieures.

Le 5, onzième jour de l'opération, on enlève tous les points de suture, tant superficiels que profonds. La réunion de la plaie est parfaite, et la malade se trouve entièrement rétablie.

La malade reste à l'hôpital jusqu'au 6 décembre, d'où elle sort dans un état de santé florissant.

La dissection de la pièce enlevée ne manque pas d'intérêt.

Le kyste est formé par deux grandes poches séparées à l'aide d'une cloison très-épaisse. Au centre de cette cloison existait un corps dur du volume d'un petit œuf, contenant une matière grasse chargée de cristaux de cholestérine, et qui, par sa consistance, rappelait l'encaustique ou une dissolution de cire jaune dans de l'essence de térébenthine. Au centre du corps dur en question et dans une loge à part existait un peloton de poils fins peu colorés enroulés sur eux-mêmes. Le liquide contenu dans les grandes poches était séreux, jaunâtre et légèrement filant.

En un mot, nous avons eu affaire ici à un kyste muqueux contenant à son centre un kyste dermoïde.

Notons en terminant que l'opération, qui a pour résultat de délivrer la malade de son kyste, la débarrassa en même temps de sa chute utérine remontant, comme il a été dit, à plusieurs années, et qui était assez prononcée pour la forcer de porter un appareil contentif de l'utérus.

M. BLOT. Les malades dont M. Panas vient de citer l'observation étaient ici à la dernière séance ; j'ai pu les examiner, et j'ai remarqué combien la cicatrice abdominale était solide.

M. GUÉNIOT. Je demanderai à M. Panas à quelles circonstances sont dus d'aussi bons résultats? A-t-il employé un mode de suture spécial?

M. PANAS. J'ai employé le mode de suture de M. Boinet, la suture profonde, comprenant largement le péritoine.

M. BOINET. Les cicatrices solides se rencontrent chez les femmes qui ont la paroi abdominale épaisse et chez lesquelles on fait la suture profonde en comprenant un centimètre du péritoine. Mais, même avec cette précaution, on a des cicatrices faibles chez les malades dont la paroi abdominale a été très-distendue et amincie. Dans ces cas, on a toujours une cicatrice peu résistante, et les malades sont obligées de porter des ceintures.

M. FORGET est frappé des résultats remarquables obtenus par M. Panas dans les hôpitaux et en particulier à Saint-Louis, où il y avait autrefois tant de pourriture d'hôpital. Il demande si c'est dans les salles mêmes que M. Panas a opéré ses malades.

M. PANAS. Les malades ont été opérés dans les chalets établis à Saint-Louis, d'après la méthode prussienne. Les femmes sont opérées dans des chalets à deux lits, mais un seul est occupé; les malades sont pour ainsi dire comme en ville. Il n'y a pas jusqu'ici de succès obtenus dans les salles ordinaires des hôpitaux. Je me hâte de dire qu'on ne peut encore rien affirmer. Le nombre des faits que j'ai observés est trop restreint.

M. LE FORT. J'ai opéré à Cochin une malade qui a guéri; il est vrai que je l'ai opérée dans la petite Maternité, dans une salle à part. Mais l'endroit n'était point sain; car il y a en ce moment de la fièvre puerpérale. Cette malade, pendant la convalescence, a été apportée à l'hôpital Lariboisière, où la guérison s'est confirmée.

M. BLOT. On ne peut se prononcer sur les quatre faits, très-remarquables d'ailleurs, que nous a soumis M. Panas. Il faut suspendre notre jugement à cet égard.

M. BOINET. Si le rapport que j'ai lu ici, et dont l'impression a été votée, avait été publié, nos collègues trouveraient des renseignements très-utiles. Je serais en outre, je le dis en passant, exonéré du reproche qui m'a été fait par les auteurs qui ont envoyé ici leurs observations, exonéré du reproche de m'être servi de leurs observations sans les citer. J'avais signalé les dix-neuf cas d'opération dans les hôpitaux, tous suivis de mort. A une époque même, on parlait de ne pas opérer à Paris. Cependant on est revenu de cette opinion; on a opéré des malades dans tous les quartiers, on en a opéré dans des mansardes, et des succès ont été obtenus. J'ai fait des opérations dans des conditions diverses : 37 opérations sur 36 femmes, car j'ai fait une ovariotomie pour la seconde fois sur la même malade; j'ai eu 26 succès.

M. GIRALDÈS. Tout en tenant compte des milieux plus favorables où les chirurgiens se placent pour opérer, il ne faut pas méconnaître que notre éducation chirurgicale s'est perfectionnée et que l'on fait mieux aujourd'hui l'opération.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

Appareil pour les fractures de la mâchoire. — M. DUBRUEIL présente un appareil qu'il a fait fabriquer pour remédier à l'écartement des fragments d'une fracture de la mâchoire inférieure.

Cet appareil se compose d'une tige métallique placée comme

une mentonnière, munie de deux plaques, destinée à presser sur la région des masseters, et réunis sous le menton à l'aide d'un écrou et d'une vis qui permettent de serrer à volonté les deux plaques contre les fragments de la fracture. Une tige métallique croisant la première, à laquelle elle est fixée, sert à appliquer l'appareil sur le sommet de la tête et à le maintenir en place.

COMITÉ SECRET

A 5 heures, la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats à la place de membre titulaire.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1872.

Présidence de M. BOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : l'*Union médicale*; — la *Gazette des Hôpitaux;* — la *Gazette hebdomadaire;* — le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques;* — le *Marseille médical;* — le *Recueil des travaux de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire* ; — la *Gazette médicale de Strasbourg;* — l'*Art dentaire*.

M. VERNEUIL, à propos de la correspondance, présente deux volumes en portugais intitulés : *Leçons de clinique chirurgicale,* par le

docteur Saboia, de Rio-Janeiro; une thèse de concours sur *les fractures compliquées*, par le même auteur.

M. le docteur Saboia demande à être compris au nombre des candidats au titre de correspondant étranger.

L'inscription aura lieu et des remercîments sont adressés à l'auteur.

M. VERNEUIL présente une thèse de M. Mascarel intitulée : *Considérations sur le siége des lésions traumatiques, avec proposition d'une nouvelle classification*; un article *Sur l'étiologie et le mécanisme des lésions traumatiques*, publié dans la *Revue scientifique*; un mémoire extrait des archives générales de médecine intitulé : *Tumeurs gommeuses de la région inguinale*, par M. Verneuil.

Des remercîments sont adressés aux auteurs.

— **M. LE FORT** fait la rectification suivante, à propos du procès-verbal d'une des séances précédentes.

J'ai eu le tort, dans la séance dernière, de n'arriver qu'à la fin de la lecture du procès-verbal de la séance du 31 janvier, ce qui m'oblige à produire aujourd'hui une réclamation tardive.

Il y a dans le procès-verbal :

« Ce que je crois être bon et profitable est une application de la greffe de M. Reverdin. Il y a dans la greffe épidermique un peu de derme; il faudrait prendre plus de derme, et voilà tout. »

Le procès-verbal renferme une erreur qu'il m'importe de rectifier, car je repousse tout rapprochement entre l'autoplastie par lambeau détaché et la greffe épidermique.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. FORGET demande s'il ne serait pas possible de supprimer du procès-verbal les mots de « baraques établies suivant la méthode prussienne. » Les Américains, pendant la guerre, avaient mis en pratique ce système d'hôpital avant les Allemands.

M. DESPRÉS. M. Panas s'est servi du mot de « chalet prussien » dans son argumentation, et voilà pourquoi la mention se trouve au procès-verbal.

M. LE FORT. Les baraques de l'hôpital Saint-Louis n'ont pas été faites exactement d'après un modèle de baraque connu.

Dans mon travail sur les hôpitaux sous tente, j'avais donné le dessin des baraques prussiennes faites à l'occasion de la guerre de 1866.

Ces bâtiments étaient construits partie en bois, partie en toile, et au sommet du toit il y avait une ouverture et un petit toit de façon à entretenlr une ventilation régulière. Les baraques de l'hôpital Saint-Louis sont plus mauvaises que les baraques prussiennes. Les tolles sont remplacécs par des fenêtres vitrées, ce qui est cause d'un excès de chaleur dans l'intérieur du chalet, que corrige, il est vrai, le peu d'épaisseur des parois en bois de la baraque.

M. GIRALDÈS. Les Américains ont depuis longtemps construit des baraques plus ou moins grandes pour y placer des malades. C'est avec des poutres de bois équarries qu'ils les bâtissaient; la solidité et l'aération ne laissaient rien à désirer.

M. TRÉLAT. Les petites baraques, telles que celles qui sont employées à l'hôpital Saint-Louis, sont peu différentes du système des baraques connues et employées depuis longtemps en Amérique.

M. BLOT. Ce qu'il faut dire avant tout, c'est que les malades opérées par M. Panas ont été opérées dans des salles où elles étaient seules, dans des chalets isolés.

NOMINATION DES COMMISSIONS

M. LE PRÉSIDENT désigne trois commissions chargées de faire des rapports, s'il y a lieu, sur les sujets suivants :

Commission de l'ovariotomie : MM. Boinet, Panas et Labbé.

Commission pour l'étude du pansement des amputés : MM. Chassaigne, Guérin et Le Fort.

Commission pour l'étude des plaies de guerre : MM. Legouest, Perrin et Desprès.

M. LE FORT demande à ne point faire partie de la commission pour laquelle il est désigné, alléguant qu'il se livre de son côté à une étude sur le sujet, et qu'il désire conserver sa liberté d'action dans la discussion.

M. BOINET décline la mission qui lui est confiée. J'ai, dit-il, fait déjà un rapport sur l'ovariotomie qui n'a pas été publié, quoique l'impression en ait été votée, et je ne désire pas en faire un nouveau, qui peut avoir le même sort.

M. LE PRÉSIDENT. Il sera fait droit à la demande de MM. Le Fort et Boinet. Je dois dire, toutefois, à M. Boinet que le Bureau ne peut être responsable de faits qui sont antérieurs à son exercice. J'ajoute que le rôle des commissions est de centraliser les travaux

qui seront envoyés à la Société, et de faire un rapport s'il y a lieu. M. Le Fort sera remplacé par M. Sée et M. Boinet par M. Blot.

LECTURE

De l'intervention des eaux minérales d'Aix (Savoie) dans la pratique chirurgicale et les blessures de guerre. — M. DAVAT, membre correspondant, lit un travail sur ce sujet.

Très-sûrement, messieurs, nulle localité ne pouvait être mieux choisie que la station thermale d'Aix-les-Bains pour offrir aux blessés de nos malheureuses campagnes contre les Prussiens des ressources puissantes.

Nous avions, comme nous l'avons toujours, un climat favorable, une tranquillité profonde, des soins assurés, et par-dessus tout des sources minérales chaudes d'une action reconnue. Cette action, messieurs, demande à prendre rang dans la science, et c'est à titre de son intervention comme moyen adjuvant sérieux à l'art chirurgical que je viens vous présenter un résumé succinct de ma pratique sur plus de 130 malades traités à l'ambulance de l'hôpital dans les conditions suivantes :

1re classe. Atrophie musculaire : 16 cas. Trois causes les ont produites : les plaies, les contusions, le passage d'un projectile à travers les tissus. Vingt jours de traitement local à l'aide d'une douche à 36 degrés le matin, et d'une vapeur à 32 degrés le soir, de vingt minutes de durée chaque, ont suffi pour ramener la circulation capillaire dans les muscles, où la nutrition a complété la guérison trois mois après.

2e classe. Adhérences articulaires et tendineuses : immobilité, roideur. 12 cas variés. Ces lésions combattues quotidiennement par des vapeurs locales et des douches d'eau, aidées par une gymnastique lente et progressive, ont été guéries d'autant plus promptement qu'elles étaient plus récentes.

Il n'y a rien à espérer dans les ankyloses.

3e classe. Plaies. 60 pour 100 de nos malades en portaient. L'application des eaux d'Aix sur les plaies demande un grand discernement; leur température élevée active la circulation locale, congestionne les bourgeons et pousse à leur mortification. Il faut s'en abstenir quand la plaie est enflammée, douloureuse, quand les bourgeons charnus sont mats, quand les corps étrangers sont logés dans

le bas-fond et que le foyer ne se vide que par des fistules, quand il y a des abcès sous-aponévrotiques.

Dans ces cas, il faut débrider largement, drainer de même avant de les employer; dès lors l'action thermale devient utile et applicable sans accident. On voit bientôt le travail de réparation s'accomplir, chasser les débris étrangers qui l'incommodent, et la cicatrisation clore, entre 15 et 25 jours, les déchirures les plus grandes et les plus profondes.

4e classe. Blessure des os. Je me bornerai, dans cette classe si débattue actuellement, à appeler votre attention sur le mode de se comporter du périoste sous l'action de nos sources thermales, et surtout de l'eau dite d'alun.

Le périoste devient le siége actif d'un travail de réparation, soit qu'il s'agisse de carie, soit qu'il s'agisse de nécrose, avec séquestre invaginé ou autre.

La carie se modifie, les qualités de la suppuration changent et les quantités diminuent. L'impulsion d'amélioration est généralement donnée par un traitement de 40 jours et se continue, de façon que cinq ou six mois plus tard l'ulcération osseuse est terminée. Onze cas.

Lorsqu'il s'agit d'une portion d'os mortifiée à la surface, les douches d'alun hâtent le bourgeonnement sous-fragmentaire, ébranlent l'os détaché, le repoussent au dehors et facilitent au chirurgien son extraction. L'os enlevé, le périoste se reproduit. 30 à 40 jours ont suffi pour obtenir une guérison durable. Deux cas sur des tibias.

Quand le séquestre est invaginé, les phénomènes physiologiques ne sont plus les mêmes; le périoste détaché de son os se dilate, s'agrandit, se gonfle dans ses parois, et déverse rapidement sur sa paroi interne sa substance primogène, qui s'organise lentement en tissu aréolaire, et plus tard osseux. Pendant cette période, les muscles du membre affligé jouent, par leur contraction, un rôle important qu'il est très-utile de connaître.

Si la nécrose a envahi la diaphyse d'un os conique, aussitôt que celle-ci a perdu toutes ses attaches avec l'os vivant, les muscles, par leur contraction, poussent la diaphyse en dehors et raccourcissent le membre.

C'est ainsi que B..., âgé de 19 ans, à qui j'ai enlevé la diaphyse de l'humérus au tiers supérieur de l'os, avait avant son opération perdu 4 centimètres de la longueur de son bras, et qu'il a continué à en perdre encore 6 après l'opération.

B... avait pris sa nécrose sur la neige; il était guéri quatre mois

après son opération, précédée et suivie d'un traitement thermal de vingt jours.

Je ne dois pas oublier, comme preuve de la puissante intervention des eaux minérales sur la sécrétion périostale, de signaler deux fractures de deux os de la jambe droite et une de l'humérus droit, restées inconsolidées après plus de quatorze mois d'existence, chez des hommes de 30 ans, malgré l'emploi de l'électricité et de toutes les frictions. Deux fois trente jours de traitement, espacés de vingt pour le repos, ont occasionné la coaptation et une consolidation successivement complète.

Les esquilles erratiques méritent aussi, par leur originalité, d'être connues. Ce sont des fragments d'os voyageurs sans manifestation suppurative, qui font des étapes et donnent lieu à des symptômes proportionnels aux tissus qu'ils traversent.

Un chef de bataillon en portait un détaché de la tête du radius, qui s'était logé dans l'épaisseur du fléchisseur commun des doigts; il avait le volume d'un pois.

Un soldat en avait un, parti de la crête de l'os des iles, qui avait gagné jusque dans l'épaisseur du triceps crural. Ces deux corps n'étaient là qu'à titre de gêne, mais il n'en était pas de même de celui qui voyageait dans le bras de T...

Ce brave soldat, blessé à Reischoffen, avait eu le bras contourné par une balle, qui, pénétrant par le bord de l'acromion, avait fait son chemin sous l'aisselle et était sortie en arrière.

Les conséquences de ce passage cicatrisé étaient une paralysie incomplète des muscles de l'avant-bras avec une sensation de chaleur ardente dans la main.

Le blessé entra dans mon service dans ces conditions, trois mois après son accident. J'essayai des bains thermaux, mais bientôt la douleur devint plus aggravante, plus continue, plus intolérable. L'électricité, les injections sous-épidermiques ne la calmèrent pas, et le patient réclamait avec instance l'amputation de sa main.

Le diagnostic d'une névrite franche, confirmé du reste par la propagation de la douleur jusque dans la région du cou, excluait le succès de cette opération. Je me décidai donc à rouvrir la cicatrice et à la fouiller dans son trajet. Le stylet que j'y promenai ne me signala rien ; mais le surlendemain les douleurs furent moindres, et huit jours plus tard la suppuration que j'y entretenais amena la sortie d'une petite aiguille aiguë sur ses deux extrémités; les douleurs continuèrent à s'améliorer, et quinze jours après le blessé quitta mon service.

5e classe. Les grandes plaies, les contusions violentes, les opérations chirurgicales, laissent souvent après elles de l'inertie dans les membres, de l'insensibilité à la peau, une sensation de froid pénible. Ces symptômes revêtent quelquefois un caractère de ténacité incommode, qui cesse toujours sous l'influence de nos sources Quinze de nos blessés ont été guéris par un traitement de vingt jours.

6e classe. Enfin les cachexies, suite de résorption purulente ou paludéenne, ou rhumatismale, ont été utilement attaquées par nos bains, et le groupe de nos malades, au nombre de 19 appartenant à cette catégorie, est la preuve concluante de l'absorption des éléments thermaux par l'organisme, car les constitutions appauvries, détériorées, s'y alimentent, s'y modifient au point que les fièvres cèdent, que les rhumatismes s'effacent, que les infiltrations s'en vont et que les peaux terreuses et pâles redeviennent colorées et roses.

Toutefois, trois malades affectés d'une anémie profonde ont succombé, l'un à une bémoptysie intercurrente et les deux autres à une lientérie indomptable avec ulcération des muqueuses du bas des intestins.

COMMUNICATION

Suppuration des lésions traumatiques interstielelles. — M. VERNEUIL lit un travail sur ce sujet :

Depuis John Hunter, on sait que les lésions traumatiques se comportent tout différemment, suivant qu'elles sont exposées ou soustraites à l'action de l'air. La suppuration, qui constitue la règle pour les premières, est, au contraire, pour les secondes une rare exception.

Cette vérité générale, signalée par l'illustre chirurgien anglais, a été rééditée par un auteur contemporain qui a poussé l'exagération jusqu'à dire que les lésions sous-cutanées *ne suppuraient jamais.*

L'observation a promptement fait justice d'une assertion aussi absolue. Il n'est donc pas un chirurgien qui n'ait vu le pus se former dans le foyer d'une contusion simple, d'une fracture, d'une luxation, d'une entorse, d'une rupture musculaire, etc., lors même que les désordres primitifs étaient peu graves en apparence et en réalité.

Il faut reconnaître, toutefois, que ces faits sont assez rares, si l'on

prend soin surtout de distraire du groupe des lésions sous-cutanées les lésions cavitaires, c'est-à-dire de celles qui intéressent une cavité naturelle ou accidentelle dont le contenu (sécrétion ou excrétion) agit sur nos tissus d'une façon plus nuisible encore que l'air atmosphérique.

Mais ce départ fait, il reste encore des cas où la suppuration se montre, contre toute attente, par le fait d'une exception aux règles générales qui régissent l'évolution des blessures interstitielles.

Cette anomalie ne peut s'expliquer que par l'adjonction à l'action vulnérante commune de quelque cause locale ou générale capable de démentir la bénignité ordinaire du pronostic.

Ces causes sont indiquées : on note une irritation trop forte développée dans le foyer traumatique par un exercice intempestif de l'organe blessé, par une attrition trop considérable des tissus profonds masquée par l'intégrité des téguments, par une thérapeutique intempestive (sangsues appliquées sur une partie contuse, ponction d'un épanchement sanguin, etc.); enfin on accuse un mauvais état de la constitution du blessé, entraînant une disposition toute spéciale à la formation du pus.

Toutes ces explications sont acceptables et journellement confirmées par l'observation clinique; mais elles ne dissipent pas toutes les obscurités; elles ne nous apprennent pas pourquoi les causes précitées restent souvent sans effet, et pourquoi l'anomalie en question, c'est-à-dire la suppuration, se montre dans des foyers traumatiques dépourvus de toute complication et chez des sujets en apparence exempts de toute tare constitutionnelle.

Il faut donc, pour éclairer ce point de pathologie générale, recourir à l'observation, rassembler des faits, les exposer avec détail et en déduire la signification.

Ayant observé plusieurs cas de ce genre, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de vous les communiquer et d'en chercher avec soin l'interprétation rationnelle.

Obs. I. — *Lésion traumatique multiple. — Pyohémie.—Suppuration dans le foyer d'une fracture simple du péroné.*

Un jeune homme de 21 ans, de petite taille, mais bien constitué et toujours bien portant, entre dans mon service, en 1868, pour des lésions traumatiques multiples.

Il présentait, sur plusieurs points du corps, des contusions plus

ou moins étendues, mais nous remarquons surtout une plaie contuse de la région sourcilière gauche, avec dénudation du frontal, et à la partie moyenne du pouce droit, une fracture extrêmement simple sans déplacement, sans contusion de la peau, et qui ne fut reconnue sur le vivant qu'à la douleur circonscrite de l'ecchymose tardive. Le malade fut apporté à l'hôpital immédiatement après l'accident, sans avoir fait un seul pas. Il fut couché aussitôt, et un appareil très-léger fut appliqué sur la jambe droite dès que la fracture fut reconnue, c'est-à-dire vers le 3e ou 4e jour.

Jusqu'à la mort, cette lésion ne détermina pas le moindre symptôme local appréciable.

La plaie frontale fut le point de départ d'une infection purulente bien caractérisée qui entraîna la mort 25 jours après l'accident et offrit à l'autopsie, outre une méningite suppurée, les abcès viscéreux caractéristiques. J'examinai avec soin la fracture du péroné. Les dégâts étaient aussi minimes que possible. Les muscles, à peine endommagés, étaient colorés par du sang noir dans une petite étendue, et l'infiltration sanguine, dans les interstices musculaires, était également très-limitée. Les deux bouts osseux étaient en contact presque parfait. Une esquille irrégulière, d'un volume d'un pois, était tout à fait libre dans leur intervalle; bouts osseux et esquille baignant dans la suppuration, le périoste avait disparu dans l'étendue de quelques millimètres. La quantité totale du pus ne dépassait pas deux grammes; les veines péronières étaient absolument saines.

Obs. II. — *Fractures multiples. Phlegmon sous-pectoral. — Pleurésie, péricardite, méningo-encéphalite. — Suppuration d'un foyer de fracture non exposée.*

(Notes recueillies par M. Robert, interne du service.)

D..., 27 ans, chauffeur, adonné à la boisson, tombe, étant en état d'ivresse, d'une hauteur de 4 mètres, sur un amas de fonte. Relevé sans connaissance, et apporté immédiatement à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Louis, n° 8, le 20 novembre 1671, à dix heures du matin.

L'examen, fait sur-le-champ, constate : écorchures multiples de la face, — plaie contuse de la région malaire gauche, — écoulement sanguin abondant par les deux oreilles, — plaie contuse du

thorax, du côté gauche, au niveau du 5e espace intercostal, vers le mamelon. Le grand pectoral est ouvert dans l'étendue de 5 à 6 centimètres et dans toute son épaisseur. — Le cœur bat à l'angle interne de la plaie, — fracture du sternum avec détachement complet des 3e, 4e et 5e côtes gauches, — enfoncement de la poitrine dans la région sous-claviculaire, — emphysème limité dans ce point, — fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche avec déplacement modéré.

Malgré ces désordres, le blessé a repris sa connaissance d'une manière complète et n'a ni délire ni agitation, aucune trace de choc traumatique. Les mouvements et la sensibilité sont partout conservés. L'urine est rendue claire, sans mélange de sang. La respiration seule est un peu gênée. La température axillaire est à 37°,5. Pouls régulier, petit, sans fréquence.

Le pansement ouaté est appliqué avec beaucoup de soin sur la plaie contuse du thorax et immobilise toute la poitrine sans la comprimer péniblement. Un appareil est posé sur l'avant-bras, la fracture étant la plus douloureuse de toutes ces blessures.

Les premières heures se passent assez bien. A cinq heures du soir, délire violent, le blessé s'agite, veut se lever, parle de boire, etc. Deux centigrammes d'opium amènent un peu de calme sans collapsus.

21 nov. Parole un peu brève, respiration un peu gênée. Quelques pulsations de plus que la veille. La température reste à 37°9; mais, le soir, elle monte à 39°. La fièvre s'allume ; on donne de l'opium, qui semble prévenir l'agitation.

22 nov. Ecchymose de la paupière inférieure gauche s'étendant à la conjonctive. L'issue du sang par les oreilles a cessé depuis la veille. On soupçonne cependant une fracture du crâne s'étendant jusqu'au rocher, du côté droit, et comprenant également le rocher gauche ; mais on se fonde uniquement sur la double hémorrhagie auriculaire, car aucun nerf de la joue n'est paralysé ; l'oppression a augmenté. La toux survient, rare, mais laborieuse ; les crachats sont visqueux, hémoptoïques, d'une expulsion difficile. L'auscultation est rendue difficile par le pansement ouaté. Cependant on constate à la base, des deux côtés, une diminution considérable du bruit respiratoire avec sub-matité. A gauche, souffle au niveau de la pointe de l'omoplate. Point d'égophonie. Bruits du cœur faibles, sans frottement ni souffle ; fièvre forte ; pouls à 104. Température du matin, 39°,3 ; le soir, 40°,2. Constipation, soif vive ; inappétence. Subdélirium. On prescrit un purgatif et la potion de Tood. La face est pâle,

et les plaies superficielles, y compris celle de la région malaire, ne paraissent le siége d'aucune inflammation. Elles sont recouvertes d'nn croûte mince.

23. Les symptômes thoraciques augmentent, les crachats renferment toujours du sang; partout où l'oreille parvient, on trouve des râles sous-crépitants. Pouls petit à 132; température axillaire 39,5. Le matin et le soir toujours le même délire; constipation persistante.

24. État désespéré; pouls petit, tremblant, impossible à compter. Respiration de plus en plus laborieuse; frémissements au niveau de la région cardiaque.

Le délire se rallume avec violence; on n'a pu obtenir de selles par aucun moyen. La température, à 40 le matin, tombe à 39 le soir. La mort survient dans la nuit suivante, à une heure du matin.

Le pansement ouaté avait été levé le 23, parce qne le malade, se plaignant d'oppression, l'attribuait à la constriction trop forte des bandes. La plaie contuse était en pleine suppuration, mais non délayée encore; un pansement à l'eau alcoolisée fut appliqué et maintenu à l'aide d'un bandage de corps.

Autopsie. — Injection vive de la dure-mère; en l'incisant à gauche, on donne issue à un liquide séro-purulent, qui s'écoule en nappe. En détachant cette membrane de la base du crâne, on constate dans la fosse temporale un épanchement sanguin de quelques millimètres d'épaisseur, correspondant à une fracture de la base. Cette fracture, partie de la région malaire, se dirige en dedans, divise la partie la plus reculée de la face horizontale du frontal, traverse la ligne médiane et va aboutir au rocher du côté droit, qu'elle divise parallèlement à son axe; de ce même os malaire fracturé verticalement part un autre bout de fracture, qui divise longitudinalement l'arcade zygomatique et aboutit à la paroi antérieure du conduit auditif externe du côté gauche. Les deux rochers étaient donc fracturés par suite de la propagation en arrière et en dedans du choc porté sur l'os malaire.

Au niveau de la fracture directe de ce dernier os, il y avait un peu de suppuration, mais on ne pouvait suivre le pus de ce point jusque dans la cavité crânienne; la méningo-encéphalite paraissait donc s'être développée spontanément et sans propagation directe de la suppuration extérieure.

Les vaisseaux de la pie-mère sont fortement gorgés de sang de toute la surface du cerveau à gauche; l'arachnoïde est infiltrée

d'un liquide séro-purulent dans une assez notable étendue. La pulpe cérébrale est contusionnée dans un point circonscrit de la face inférieure du lobe antérieur gauche au niveau de la fracture du frontal.

La plaie contuse de la poitrine conduit dans un vaste foyer purulent, qui occupe toute la face profonde du grand pectoral et communique en même temps avec le médiastin antérieur, rempli lui-même de foyers purulents épars; fracture de la deuxième côte gauche sans déplacement, fracture double du cartilage de la troisième côte; le fragment, d'un centimètre et demi de longueur, est tout à fait libre et refoulé dans le médiastin.

Lésion tout à fait analogue de la quatrième côte, à 5 centimètres du sternum. Ce dernier os est fracturé transversalement au niveau de la quatrième côte; les fragments sont restés en place.

La surface externe du péricarde est très-épaissie; la surface interne est tapissée en plusieurs points et recouverte en d'autres de fausses membranes minces, récentes, se détachant facilement.

Point d'épanchement notable.

Cœur normal.

Dans la plèvre gauche, épanchement très-abondant d'une sérosité jaunâtre, avec fausses membranes épaisses traversant le feuillet pariétal. Poumon comprimé, refoulé vers le rachis; adhérence ancienne au diaphagme. Plèvre droite saine; poumon correspondant fortement congestionné. On ne trouve ni à droite ni à gauche traces d'infarctus ni d'abcès métastatiques.

Rate volumineuse, sans altération sensible.

Foie volumineux et gras; en certains points, plaques jaunâtres qui pénètrent à une profondeur d'un demi-centimètre.

Substance corticale des reins pâle et jaunâtre.

J'ai rapporté avec détails cette longue observation, caractérisée par la tendance générale à la suppuration et aux inflammations diffuses. J'ai réservé pour la fin la description de la fracture sous-cutanée de l'avant-bras, sur laquelle je vais appeler particulièrement l'attention.

L'avant-bras, malgré l'application régulière d'un bandage roulé et d'une attelle palmaire, était le siége d'un gonflement assez prononcé. A la dissection, nous trouvons une fracture de l'extrémité inférieure du radius à 1 centimètre et demi de l'articulation. Fracture transversale avec léger écrasement du fragment inférieur; l'apophyse styloïde du cubitus est fracturée à sa base; le *foyer est rempli de pus* et de sang, ainsi que les articulations radio-carpienne

et radio-cubitale inférieure. Les gaînes tendineuses des extenseurs et des fléchisseurs sont remplies de sérosité louche; l'infiltration sanguine remonte à une certaine hauteur sous la peau et dans les interstices musculaires.

Obs. III. — *Plaie contuse du périnée. — Contusions multiples. — Fracture du tibia. — Septicémie aiguë. — Double arthrite tibio-tarsienne. — Mort.*

Recueillie par M. Richelot, interne du service.

Eugène-Louis Toussard, 11 ans, entre à l'hopital Lariboisière le 21 août, salle Saint-Augustin, n° 28.

Cet enfant est tombé dans un puits le matin même de son entrée. Il ne porte actuellement aucune trace de contusion sur les membres, dont les mouvements paraissent libres; mais il existe au périnée une plaie contuse, large et profonde, sur le côté gauche de l'anus; le doigt pénètre jusqu'à la tubérosité de l'ischion, dont le périoste est d'ailleurs intact.

Sauf la douleur que lui cause l'exploration de la plaie, l'enfant ne se plaint pas; on n'aperçoit aucune lésion.

Pendant les premiers jours, on panse la plaie avec de la charpie alcoolisée.

Le troisième jour, 23 août, un peu de fièvre se déclare. La peau est chaude, la langue blanche Cependant la température n'est pas encore très-élevée (37°,8).

Le 25, la plaie étant blafarde, les bourgeons charnus ne se formant pas; on explore de nouveau avec attention et on reconnaît la nécessité de débridements multiples. Il existe, en effet, des décollements étendus : en avant, de chaque côté du scrotum, le doigt pénètre jusqu'aux éléments du cordon; d'autre part, dans toute la fosse ischio-rectale; enfin, sous les téguments de la fesse, dans une étendue de près de 10 centimètres. A l'aide du bistouri, on incise la peau dans toutes ces directions, et on met à nu une large surface qui est ensuite cautérisée au fer rouge. On a soin de passer le cautère actuel sur les bords des incisions, pour empêcher autant que possible l'absorption des matières septiques.

Pansements à l'acide phénique, et injections de même nature plusieurs fois dans les vingt-quatre heures.

T. m. 38°,9 (avant l'opération); t. s. 39°.

Le 26, la fièvre est plus vive. Langue sèche, anorexie, céphalalgie légère, malaise général. Pas de frissons. T. m. 40°,5.

L'enfant accuse pour la première fois une douleur très-vive dans tout le membre inférieur droit, surtout au niveau du pied et des malléoles, très-légèrement œdématiées. Le membre est immobile; le moindre mouvement arrache des cris au malade. M. Verneuil pense aussitôt à une arthrite tibio-tarsienne, suite de contusion, et devenue plus grave, suppurant peut-être, selon l'influence de la septicémie. L'autre jambe n'est douloureuse ni à la pression ni aux mouvements. Frictions avec l'onguent napolitain, ouate autour du membre.

T. s. 39°,6.

Le 27, la douleur de la jambe droite est toujours aussi violente. Fièvre plus forte, sans frissons; la face s'amaigrit, les traits sont tirés, l'aspect typhique se prononce; un peu d'agitation la nuit.

T. m. 40°,1; t. s. 40,1.

Le 28, même état général. Le membre inférieur gauche, qui jusqu'ici n'avait pas attiré l'attention, est aujourd'hui aussi douloureux et aussi impotent que l'autre. Le moindre attouchement arrache des plaintes au malade. A peine un peu de gonflement du pied; on ne trouve sur la jambe aucune trace d'ecchymose ni de rougeur. Même traitement.

Pendant ce temps, la plaie du périnée est blafarde, la suppuration est très-peu abondante, fétide; il ne se forme pas de granulations, malgré les pansements et les injections phéniqués.

T. m. 40°,5; t. s. 40,3.

Le 29, même état. Amaigrissement extrême de la face.

T. m. 40°,6; t. s. 40°,2.

Le 30, t. m. 39°,1; t. s. 39°.

Mort le 31.

Autopsie. — La plaie du périnée occupe les régions indiquées plus haut : pourtour de l'anus, fosse ischio-rectale, fesse gauche. Elle s'étend en arrière et sur la ligne médiane, plus loin qu'on ne l'avait constaté les premiers jours. Le décollement occupe presque toute l'étendue du sacrum. La nerf sciatique du côté gauche est à nu et baigné par la suppuration. Le rectum et l'anus sont intacts.

En incisant les parois thoraciques, on constate dans leur épaisseur quelques ecchymoses, sans pouvoir décider si elles sont le résultat de contusions primitives ou d'hémorrhagies interstitielles septicémiques.

Les poumons offrent deux ou trois petites ecchymoses très-super-

ficielles, quelques adhérences du poumon droit avec la plèvre costale. Légère hyperémie bronchique. Le parenchyme est d'ailleurs sain.

Cœur. Coloration et consistance normales.

Foie. Volumineux et complétement gras.

Rate. Volumineuse (13 centimètres sur 8). Son tissu est ramolli, et les glandules de Malpighi paraissent hypertrophiées.

Ganglions lymphatiques du mésentère augmentés de volume. La muqueuse intestinale, examinée dans toute son étendue, n'offre rien d'anormal. Les ganglions inguinaux sont également hypertrophiés.

Les *reins* offrent des dimensions normales; leur substance tuberculeuse est pâle, jaunâtre. Examinés au microscope, ils offrent à un haut degré la dégénérescence granuleuse de l'épithélium des tubuli.

Cerveau. Œdème sous-arachnoïdien prononcé et ecchymoses sous-arachnoïdiennes. Quelques grammes de liquide trouble dans les ventricules.

Les deux *articulations tibio-tarsiennes* contiennent une quantité notable de pus; celui du côté gauche est sanguinolent. Les cartilages ne sont pas érodés; mais sur le bord du côté externe de la poulie astragalienne du côté droit on remarque un fragment cartilagineux arraché, véritable *fracture intra-articulaire*. En disséquant les muscles de la jambe, on trouve de vastes ecchymoses intermusculaires, surtout sur la jambe gauche; et enfin, de ce côté on découvre une *fracture du tibia* au quart inférieur, presque transversale, et communiquant par une scissure longitudinale avec l'articulation du pied. Le péroné est intact.

Obs. IV. — *Lésions multiples. — Fracture de la paroi antérieure du sinus frontal et de la lame criblée de l'ethmoïde. — Fracture du rebord postérieur de la surface articulaire du radius droit. — Délire violent le quatrième jour, méningo-encéphalite de la base du cerveau. — Suppuration de la fracture du radius.*

Un homme de 40 ans, adonné aux boissons alcooliques, fit une chute sur la face, et entra à l'hôpital dans le courant de décembre 1871. Le visage était couvert d'érosions superficielles sans profondeur et sans gravité apparente.

Le blessé accusait également des douleurs vives dans la région des lombes, et criait en quelque point du corps qu'on le touchât. Une seule lésion me parut sérieuse. Un peu au-dessus de la racine du nez, existait une plaie oblique de 16 à 18 millimètres, comprenant toute l'épaisseur de la peau, et au fond de laquelle l'os était à nu. Je constatai facilement, avec l'ongle, l'existence d'un sinus osseux qui répondait à la paroi antérieure des sinus frontaux.

La plaie fut recouverte d'une couche de baudruche maintenue par du collodion, ce qui réalisa le but recherché, car, le 4e jour, la réunion était complète, et s'était effectuée sans suppuration. La face, qui pendant les premiers jours était uniformément gonflée, reprit peu à peu ses dimensions, et on pouvait espérer la guérison lorsque, vers le 5e jour, éclata un délire violent. Jusque-là le blessé avait conservé sa raison, ou du moins répondait distinctement aux questions qui lui étaient faites. Toutefois sa parole était brève et les nuits un peu agitées.

Le jour où le délire survint, le blessé se plaignit d'une vive souffrance au niveau du poignet droit. Il n'y avait que du gonflement et de la sensibilité au toucher, sans déformation, sans crépitation, en un mot les signes d'une fracture étaient si douteux que je crus plutôt à la formation d'un abcès métastatique dans la gaîne des tendons extenseurs. Le lendemain survint une épistaxis assez abondante. La fièvre augmenta, le délire devint continuel, avec agitation, sécheresse de la langue. Enfin, la mort survint 8 jours après l'accident et 3 jours après l'apparition de la fièvre.

L'autopsie ne put être complète. Nous ne pûmes ouvrir que la tête et même l'articulation du poignet droit.

La fracture avait largement ouvert le sinus frontal, qui était rempli de sang coagulé, mélangé çà et là avec du pus. Une esquille assez volumineuse était libre dans le foyer qui communiquait assez librement avec le sommet des fosses nasales. La fissure osseuse se prolongeait en arrière et à gauche à la voûte de l'orbite en traversant la lame criblée de l'ethmoïde. Toute la base du cerveau était tapissée de pus infiltré dans la pie-mère.

L'articulation radio-carpienne était en suppuration, ainsi que les articulations de la première rangée du carpe et la synoviale de l'extenseur commun; un fragment du radius, long de 15 millimètres environ, était arraché transversalement du rebord postérieur de la suface articulaire; il avait 5 à 6 millimètres d'épaisseur et restait encore adhérent au ligament postérieur. Il est vraisemblable que

cet arrachement s'était effectué dans une flexion forcée de la main.

Ces quatre faits se rapprochent naturellement par certaines conditions communes. Dans tous il y avait plusieurs lésions traumatiques fort distantes les unes des autres; dans tous encore, une au moins de ces lésions était exposée, c'est-à-dire naturellement vouée à la suppuration. En revanche, les foyers profonds dans lesquels on a trouvé du pus, contre toute prévision, étaient simples, présentant peu de désordres primitifs, et, dans trois cas sur quatre, auraient pu presque passer inaperçus. Il s'agissait de fracture sans déplacement, qu'on ne distingue pas toujours aisément des contusions ou des entorses. Mais dans tous les cas, des accidents généraux graves, septicémie ou pyohémie, sont partis des plaies exposées, révélant sans aucun doute une intoxication du sang d'origine locale. Ces remarques permettent d'expliquer la déviation dans la marche naturelle des lésions non exposées.

Le sang, empoisonné par les matières infectieuses puisées dans les foyers ouverts, est venu baigner les foyers profonds que leur position dans les circonstances ordinaires aurait soustraits aux chances de la suppuration. Il s'est fait là une véritable inoculation interne dans laquelle la lésion traumatique antérieure, représentant l'action de la lancette, a ouvert d'avance la voie à l'insertion toxique, d'où la formation d'un foyer purulent secondaire; localisation facile à prévoir d'une maladie générale, dont la tendance à produire du pus n'est ni contestable ni contestée.

Sauf l'effraction préalable qui, dans ces cas, est manifeste, nous reconnaissons le mécanisme des suppurations dites métastatiques, qui, elles aussi, reconnaissent bien souvent pour causes de véritables inoculations septiques intra-vasculaires effectuées à la faveur des embolies.

En résumé, ces faits prouvent que des lésions primitivement simples, chez des sujets dont la constitution n'était pas délabrée, ont été envahies par la suppuration sous l'influence d'une altération du sang provoquée par d'autres lésions contemporaines, qui, elles aussi, étaient vouées à l'inflammation et à la formation du pus.

L'influence exercée par l'altération du sang, ici de date récente et de cause si manifeste, peut jeter une certaine lumière sur la suppuration des lésions interstitielles survenant sans autre lésion exposée contemporaine et chez des sujets antérieurement malades. C'est également dans cette voie qu'il faudra chercher l'explication de certaines manifestations diathésiques qui se montrent à la suite

de lésions traumatiques légères chez des sujets syphilitiques ou scrofuleux.

Cette note peut donc servir de point de départ à une discussion, qui serait à coup sûr fort intéressante si elle éclairait la grande question de *l'influence des altérations du sang sur la marche du travail réparateur dans les lésions traumatiques.*

Bien que l'esprit comprenne sans difficulté la théorie que je propose et que les cas que je relate ne semblent pas être rares, les auteurs n'ont pas pris la peine de les signaler ; je dois faire une exception pour Billroth, qui a inséré dans un de ses mémoires sur les fièvres traumatiques le paragraphe suivant :

« *Fracture avec suppuration.* — Il est de notoriété que les fractures simples ne s'accompagnent pas de suppuration. Lorsque des individus sont atteints de plusieurs fractures, les unes légères, sous-cutanées, et une autre à la jambe, communiquant avec l'extérieur et devenant le point de départ de l'infection, lorsque, dis-je, ces individus meurent après plusieurs semaines, on trouve les fractures sous-cutanées en voie de suppuration. Il me semble que dans quelques-cas, sous l'influence de l'infection, j'ai vu un cal assez solide se ramollir. J'en ai 4 cas dans mes notes et j'en ai certainement observé d'autres que je n'ai point notés (1). »

Je suis arrivé aux mêmes résultats et aux mêmes conclusions que le chirurgien de Vienne.

M. BLOT. Je solliciterai un éclaircissement de M. Verneuil. Je ne sais si j'ai mal compris, mais il me semble que ses observations prouvent l'inverse de sa proposition. En effet, les blessés dont il parle avaient tous une plaie ouverte qui suppurait et une plaie sous-cutanée qui a suppuré ensuite ; pour le cas où il y a eu infection purulente, l'exemple ne me paraît pas bien choisi, car on peut se demander si la suppuration de la plaie cachée n'est pas le fait de l'infection purulente. Pour prouver la thèse de M. Verneuil, il faudrait des cas où il n'y aurait point de plaie ouverte.

M. VERNEUIL. J'ai voulu démontrer que, sous l'influence d'une septicémie causée par une plaie exposée, une plaie non exposée suppurait.

M. BLOT. Mais c'est précisément ce que j'avais compris, et c'est

(1) Billroth, *Archiv. Langenbeck* 9. *Bd.* 1 *Hist.*, p. 105.

parce que je trouvais la chose si simple que je ne voyais pas la nécessité d'une démonstration. En effet, on ne saurait admettre qu'un endroit contus chez un septicémique ne pût pas ou ne dût pas suppurer quand on voit des endroits sains être le siége de suppurations.

M. VERNEUIL. J'ai admis que des contusions peuvent suppurer seules sans plaie ouverte ailleurs ; lorsque, par exemple, un individu atteint de contusion avec épanchement sanguin abondant à la jambe marche, le foyer hémorrhagique suppure. Mais ce que l'on n'avait point établi au moyen d'observations rigoureuses, c'est l'influence de la septicémie sur les plaies cachées. Si M. Blot a des observations, qu'il les produise; jusqu'à ce jour on n'en a point publié.

M. BLOT. M. Verneuil n'a pas pris les meilleurs arguments; il aurait dû chercher les exemples en dehors de la septicémie.

M. TRÉLAT. Sur plusieurs points, je partage l'avis de M. Blot. Je vois dans les faits signalés par M. Verneuil des cas de septicémie chirurgicale à propos d'une plaie exposée, et une suppuration consécutive dans les plaies sous-cutanées, c'est-à-dire non exposées. La question qui se pose naturellement à l'esprit est celle-ci : vous avez un septicémique, il va faire du pus à cause d'une infection purulente qui naît d'une plaie exposée. Y a-t-il du pus dans le foyer de la fracture ou dans la plaie non exposée avant la septicémie? On n'en sait rien. J'avoue même que j'aimerais mieux voir la question ainsi posée : dans le cours de la septicémie, les plaies sous-cutanées suppurent parfois; mais ce point est connu, comme il est reconnu que les plaies non exposées suppurent dans de certaines conditions.

Ce que propose notre collègue M. Verneuil est une théorie qui serait à peu près semblable à celle-ci : Il y a des synovites suppurantes chez les individus qui ont une septicémie. Cette phrase alors semblerait entraîner une distinction entre les infections purulentes compliquées d'arthrites suppurées et les synovites suppurantes au cours d'une infection purulente, lesquelles ont été connues depuis fort longtemps.

M. VERNEUIL. Les causes des suppurations profondes dans les contusions chez les individus atteints de plaies exposées ont été bien décrites pour certains cas, mais il y a une étiologie vague pour les autres cas; il est dit que le phénomène tient aux mauvaises conditions du sujet. C'est de cette étiologie vague que j'ai dégagé mon sujet. J'ai fait un chapitre à part pour la septicémie. Mais ce n'est

pas seulement pour la diathèse purulente que le fait est vrai. La syphilis, elle aussi, est une cause de suppuration, ou au moins de manifestations spéciales dans les plaies. Même à une époque éloignée du début du mal, les plaies prennent un caractère spécial; on dirait que la syphilis est réveillée par une plaie ou un traumatisme. Des faits de ce genre ont été déjà publiés, et j'en ai vu de semblables.

M. GIRALDÈS. Nous sommes tous d'accord pour reconnaître l'influence des diathèses sur la suppuration des plaies non exposées. Dans les endroits meurtris, on voit la suppuration se produire chez les individus cachectiques; les plaies sous-cutanées chez les scrofuleux et les rachitiques suppurent avec la plus grande facilité; mais la généralisation ne s'y manifeste point, et ce que M. Verneuil a voulu montrer certainement, c'est la généralisation de la tendance à former du pus; c'est l'empoisonnement de l'organisme, où le poison, agissant d'abord sur le sang, puis sur la plaie couverte, a pris naissance dans une plaie exposée.

M. VERNEUIL. J'ai pris pour commencer des exemples simples. Je ne dis point que rien de semblable n'a été vu, mais je crois qu'il faut montrer des observations probantes complètes et déterminer l'influence des altérations du sang dans les affections chirurgicales.

M. CHASSAIGNAC. La communication de M. Verneuil touche à toutes sortes de questions. Notre collègue a pris pour exemple des sujets dont les lésions sont si complexes qu'on ne sait à quoi attribuer la suppuration. Dans deux cas au moins le malade semblait être empoisonné avant que la suppuration fût établie. Il y a des individus qui, après de grands traumatismes, ont le sang décomposé par la violence de coups qu'ils ont reçus. On a vu ainsi des suppurations s'établir dans les os fracturés sans qu'il y ait aucune espèce de plaie. Une ostéomyélite survient et suppure : c'est de cette façon qu'une fracture même simple, sans lésion du tégument, peut causer l'infection purulente. Mais ce n'est pas le cas le plus fréquent; des malades atteints de grands traumatismes, chez lesquels des gaz se forment pour ainsi dire immédiatement dans les plaies, et dont le cadavre se décompose dans les vingt-quatre heures au point que l'on croirait que la mort date de plusieurs jours, sont empoisonnés plus par le choc et l'ébranlement général que par la suppuration, et ces malades n'ont point la diathèse purulente telle que nous la décrivons. Cette dernière diathèse est chez nos opérés le résultat de l'opération et de la suppuration, et non pas le fait d'une tendance

à former du pus. Nous en connaissons, des diathèses de ce genre. Il y a chez les individus qui travaillent les peaux de lapin, et qui manient ces peaux encore fraîches et les trempent dans des substances minérales, une disposition telle à former du pus que la moindre piqûre ou la moindre contusion occasionne des abcès.

M. VERNEUIL. Je n'ai jamais nié l'intoxication avant la suppuration, mais il était inutile de la faire intervenir dans cette question.

M. CHASSAIGNAC. Personne avant moi n'avait parlé de cette intoxication. M. Verneuil aurait pu citer mon *Traité de la suppuration;* je rappelle les faits que j'ai publiés sur ce point (*Empoisonnement subit du sang par violence mécanique,* séance Soc. ch. 11 octobre 48; — *Thèse sur les fractures compliquées,* 1850, p. 81 et Soc. chir. 29 octobre 51; — *Diathèse purulente,* TRAITÉ DE LA SUPPURATION, t. I, p. 50; — *Fracture de la jambe par torsion sans plaie, mort par ostéomyélite,* Soc. ch. 14 novembre 55).

M. VERNEUIL. M. Chassaignac sait que je n'ai jamais négligé de citer ses travaux que j'ai dans la plus grande estime; mais qu'il veuille bien remarquer que l'intoxication chirurgicale ne rentrait point dans mon sujet, puisque l'un de mes malades n'est mort qu'au bout de huit jours, c'est-à-dire en pleine période de suppuration.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Angio-Fibrome utérin. — M. BRACHET, d'Aix, présente l'observation et la pièce d'une tumeur vasculaire occupant tout le corps de l'utérus et ne renfermant pas moins de 5 litres de sang à l'autopsie de la tumeur. (Renvoyé à une commission composée de MM. Blot, Tarnier et Le Fort.)

PRÉSENTATION DE MALADES

Ovariotomie. — M. LE FORT présente une malade qu'il a opérée pour un kyste de l'ovaire et qui est guérie.

Dans la dernière séance, notre collègue M. Panas nous a présenté une femme opérée d'ovariotomie et guérie dans l'un des chalets d'isolement de l'hôpital Saint-Louis. Aucun cas de guérison n'avait encore été observé, nous dit notre collègue, dans les salles ordi-

naires de nos hôpitaux. M. Panas avait raison, car cette observation n'avait pas été publiée, et c'est ce qui m'engage à vous présenter cette malade.

La nommée L... (Augustine), âgée de 20 ans, non mariée, est entrée le 20 août 1871 dans mon service, à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jacques, nº 20.

Réglée à 11 ans et demi, elle n'a éprouvé aucun trouble du côté des fonctions menstruelles, et n'a eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 14 ans.

Le ventre commença à grossir quatorze mois avant l'entrée à l'hôpital, et tout d'abord du côté gauche. Pour la première fois alors se montrèrent quelques troubles dans la menstruation, les règles étaient plus fréquentes. Quatre mois après le début apparent de la maladie, des douleurs sourdes, continues, se montrèrent dans le côté gauche du ventre, et la malade resta huit mois à l'hôpital de Cambrai. Elle en sortit pour venir à Paris se faire opérer. Un mois avant l'opération, les douleurs devinrent plus vives, il y eut tous les signes d'une légère péritonite, ce qui nous fit retarder l'ovariotomie.

La malade est petite, pâle, délicate, mais au demeurant d'une bonne constitution. Le ventre est très-volumineux, sans bosselures, sans traces de tumeurs solides; on trouve tous les signes ordinaires d'un kyste de l'ovaire. Au toucher vaginal, le col est porté en arrière, un peu ramolli; le corps de l'utérus est immobile. Fonctions digestives bonnes, souffle anémique au premier temps à la base du cœur et dans les vaisseaux.

L'opération fut faite le 7 décembre, à neuf heures du matin, dans une des salles du service d'accouchement, salle à ce moment vide de femmes en couches malades; nos collègues MM. Boinet et Guéniot voulurent bien me servir d'aide et de conseil dans cette opération.

L'incision, faite tout d'abord, commençait à 1 centimètre au-dessous de l'ombilic et descendait à 2 centimètres au-dessous du pubis; nous dûmes la prolonger jusqu'à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic, en contournant la cicatrice ombilicale.

La paroi abdominale incisée couche par couche, j'arrivai sur le péritoine, qui paraissait avoir une extrême épaisseur; mais cette apparence tenait à cette circonstance qu'il y avait adhérence complète entre le péritoine et les parois du kyste. Je me défiais beaucoup de cette particularité, qui m'eût conduit à entrer dans le kyste à mon insu; aussi je cherchai à séparer les feuillets superficiels des

feuillets profonds de cette sorte de séreuse épaisse. Je fis bien, car j'avais déjà, sur une partie de l'incision, entamé la paroi du kyste. En décollant de proche en proche, je séparai le péritoine du kyste et j'arrivai sur une partie où les adhérences étaient plus faibles. Je pus les séparer avec la main introduite dans le ventre et glissant à plat sur la face externe de la poche. Une seule bride dut être coupée entre deux ligatures. Une ponction fut faite alors avec le trocart et donna issue à un liquide d'un brun rougeâtre.

Lorsque le kyste fut en partie vidé, je l'attirai au dehors; nous pûmes avec précaution achever de décoller la poche des adhérences qu'elle avait contractées à la partie supérieure avec le péritoine. Cela fait, nous appliquâmes le clamp, et au-dessous du clamp une ligature fortement serrée.

Il nous fallut alors, avec de petites éponges, éponger et arrêter le sang qui découlait en nappe de la surface des adhérences détruites. Une petite artériole que nous dûmes lier près du pedicule nous donna même une certaine quantité de sang, qui s'épancha dans le petit bassin, d'où il fallut le retirer avec des éponges. La plaie fut fermée par six points de suture métallique à points séparés comprenant le péritoine. Dans l'intervalle, nous plaçâmes des sutures entortillées ne comprimant que la peau et la couche musculaire. La surface du pédicule fut ensuite touchée avec un pinceau imprégné de perchlorure de fer, et la plaie recouverte de compresses trempées comme je le fais toujours dans de l'eau alcoolisée, de ouate et d'un bandage de corps exerçant une légère compression.

Également, suivant mes habitudes après les grandes opérations, la malade prit à différents intervalles du vin de madère et *un* ou *deux* centigrammes d'opium, dont elle continua l'usage les six ou sept premiers jours, à la dose de *six* à *dix* centigrammes par jour; la dose de vin de madère était à peu près d'une demi-bouteille par jour, alternant avec du vin de Frontignan ou de Bagnols.

Il me paraît inutile d'entrer dans le détail de l'observation et de donner jour par jour l'état du pouls, de la température, etc. Jusqu'au sixième jour on ne fit aucun pansement, et l'on se contenta d'humecter les compresses avec de l'eau alcoolisée. Le huitième jour, je commençai à enlever les points de suture, et j'appliquai des bandelettes de linge tendues, adhérentes par le collodion aux parties latérales de l'abdomen, de manière à soutenir le ventre.

Qu'il me suffise de dire que la malade, abondamment nourrie, ayant toujours à sa libre disposition des vins généreux, dont elle

fit largement usage, ne présenta aucun symptôme inquiétant. Le pansement ne consista jamais qu'en compresses imbibées d'eau alcoolisée, recouvertes d'une large plaque de taffetas gommé. La malade se leva pour la première fois le 30 décembre, et elle vint me rejoindre à Lariboisière le 3 janvier, pour y achever sa convalescence. Elle est aujourd'hui parfaitement guérie, comme vous pouvez le constater; la paroi abdominale ne cède sur aucun point de la cicatrice, et une simple ceinture de coutil suffit pour protéger l'abdomen. Elle doit retourner demain dans son pays pour y reprendre ses fonctions domestiques.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1871.

Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux ;* — l'*Union médicale ;* — la *Gazette hebdomadaire ;* — le *Lyon médical ;* — le *Bulletin médical du nord de la France ;* — *Bulletin de médecine pratique de Paris ;* — une brochure intitulée : *Histoire de nos relations avec l'Académie de médecine.*

La circulaire n° 4 du département de la guerre de Washington, intitulée : *Report on Barracks and hospitals with descriptions of military post, in-f°*. Washington, 5 décembre 1870.

M. ROCHARD (de Brest), membre correspondant, adresse à la Société la statistique intégrale de sa pratique chirurgicale comprenant 25 années d'exercice.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE

Trois candidats sont inscrits : M. Champenois, membre correspondant, M. Dubrueil et M. Lannelongue.

La commission présentait, en première ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, MM. Dubrueil et Lannelongue.

Au premier tour de scrutin, 30 votants. Majorité absolue, 16.

M. Champenois obtient	12 voix.
M. Dubrueil......................	10 —
M. Lannelongue..................	8 —

Au deuxième tour de scrutin, 30 votants. Majorité, 16.

M. Champenois obtient............	13 voix.
M. Dubrueil......................	12 —
M. Lannelongue..................	5 —

Au troisième tour, 31 votants. Majorité, 16.

M. Dubrueil obtient...............	17 voix.
M. Champenois....................	14 —

En conséquence, M. Dubrueil est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

ÉLECTION DE TROIS MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX

La commission chargée d'examiner les titres des candidats présente :

M. Delacour (de Rennes),
M. Baizeau (d'Alger),
M. Bérenger-Féraud, médecin principal de la marine, à Gorée.

Sur 29 votants, au premier tour de scrutin, ont obtenu :

M. Delacour......................	27 voix.
M. Bérenger-Féraud..............	26 —
M. Baizeau.......................	25 —
M. Pamard........................	4 —

M. Chipault.......................	3 voix.
M. Augé............................	1 —
M. Lacroix..........................	1 —
M. Cazin...........................•	1 —
M. Vast............................	1 —

En conséquence, MM. Delacour, Bérenger-Féraud et Baizeau sont nommés membres correspondants.

LECTURE

Trépanation. — Aphasie. — Abcès du cerveau. — M. Boinet lit l'observation d'un malade dont il a déjà entretenu la Société, le nommé C... (Denis), 25 ans, chasseur à cheval.

La première partie de cette observation a été communiquée à la Société de chirurgie dans la séance du 5 avril 1871, et publiée dans le nº 74 de la *Gazette des hôpitaux* le 22 juin suivant. Voici la suite de l'observation :

L'état de ce malade m'inquiétait; je priai M. Larrey de venir le voir pour me donner son avis sur l'opportunité d'une trépanation. M. Larrey fut d'avis qu'on pouvait attendre; mais, depuis la visite, les accidents s'aggravèrent.

Vers la fin du mois de mars survinrent des phénomènes nouveaux : en même temps que l'écoulement du pus par le trajet fistuleux était beaucoup moindre, la somnolence devenait beaucoup plus marquée; le blessé perdit la gaieté, devint paresseux, indifférent aux choses qui l'entouraient; il restait volontiers étendu sur son lit, dans un état d'assoupissement dont on avait peine à le tirer, même aux heures des repas; il accuse également des maux de tête, une céphalée assez vague, contre laquelle les révulsifs restent sans action. La paralysie présentait néanmoins peu de changement; il avait seulement un peu plus d'abaissement de la commissure labiale gauche et un peu plus d'affaiblissement dans le membre supérieur du côté opposé. L'aphasie existait comme par le passé; mais, en raison de son état comateux, le malade se prêtait moins à prononcer les syllabes qu'on s'efforçait de lui faire dire.

En présence de ces phénomènes comateux, coïncidant avec une diminution très-appréciable de l'écoulement du pus par la fistule, il fut rationnel de songer à une compression du cerveau par réten-

tion du pus dans un foyer. L'opération du trépan fut donc décidée et pratiquée le 3 avril par M. Boinet.

Cette opération a présenté quelques difficultés. Appliqué sur des portions osseuses rugueuses qui avaient été fracturées et enfoncées par le coup de sabre, et qui étaient mal soudées entre elles, l'instrument glissa légèrement; une rondelle osseuse de la table externe fut sciée et on reconnut qu'elle était séparée de la table interne, qui était fracturée en plusieurs esquilles qui furent retirées avec des pinces, et la dure-mère fut mise à nu.

L'ouverture faite avec le trépan était régulièrement arrondie, mousse et de la grandeur d'une pièce de 1 franc environ; en enlevant les esquilles, quelques fragments des méninges qui y adhéraient se détachèrent, et le cerveau, dans cette petite étendue, se trouva mis à nu; il ne s'écoula pas une seule goutte de pus.

On constata tout autour de l'ouverture faite par le trépan l'adhérence des méninges autour de la voûte crânienne, adhérences qui empêchèrent le cerveau de faire hernie et de l'explorer tout autour. Le bout du petit doigt, introduit dans l'ouverture jusque sur le cerveau, ne constata aucune fluctuation, et on recula devant l'idée de plonger le bistouri, sans indications plus précises, dans le cerveau. On attendit, espérant d'ailleurs que le pus, qui s'écoulait déjà par une fissure à travers les os, s'écoulerait bien plus facilement alors que le crâne était largement ouvert et que l'ouverture qu'on supposait exister à la dure-mère, qu'on n'avait pas pu constater, laisserait le pus s'écouler d'une manière facile et continue.

Le lendemain, 4 avril, coma plus prononcé encore que les jours précédents, phénomènes paralytiques plus marqués, fièvre intense, quelques nausées et vomissements; le cerveau s'est un peu engagé dans l'ouverture du trépan et fait légèrement saillie; on y sent des battements, mais il ne s'est point écoulé de pus et on ne peut retrouver le petit pertuis par lequel on enfonçait, les jours précédents, un stylet à 5 centimètres de profondeur. Le soir, on constate le début d'un érysipèle de la face.

Le 5 avril, coma profond, paralysie complète de la face et du bras droit, incomplète du membre inférieur du même côté; l'érysipèle a envahi tout le côté de la tête. Badigeonnage avec la teinture d'iode; le soir, une attaque d'épilepsie.

Les jours suivants, les phénomènes comateux et paralytiques diminuent, ainsi que l'érysipèle, et huit jours plus tard le malade était à peu près revenu dans l'état où il était au moment de la trépanation; ils diminuèrent ensuite très-rapidement, et à la fin

d'avril il n'y avait plus de traces de paralysie du membre inférieur; le blessé se servait beaucoup mieux de son bras et écrivait mieux qu'il ne l'avait jamais fait depuis sa blessure; du côté de la face, il y avait également une grande diminution de la paralysie; l'intelligence, jamais abolie, mais très-obtuse pendant les jours qui suivirent l'opération, recouvra peu à peu sa lucidité et redevint parfaitement nette; pendant ce temps, la plaie sécrétait un pus de bonne nature, et présentait à son centre le cerveau à nu et faisant saillie dans l'ouverture du trépan; des bourgeons charnus se confondaient avec ceux de la plaie du cuir chevelu; plusieurs petites esquilles furent éliminées avec la suppuration, et la cicatrisation marchait assez rapidement.

Dès la fin d'avril, le blessé avait recouvré toute son intelligence, toute sa mémoire; il avait repris sa gaieté, son activité, il se levait, se promenait; il ne lui restait qu'un peu de paralysie de la face et l'aphasie, mais il suppléait la parole par les gestes et se mêlait à tous les jeux de ses camarades, se faisant assez facilement comprendre d'eux; il se rappelait alors bien des choses, bien des événements, bien des noms dont il avait perdu le souvenir depuis sa blessure.

Toutes les épreuves qui avait été faites au moment de son arrivée dans le service, au point de vue de l'intelligence et de la mémoire, etc., etc., furent reprises et donnaient de meilleurs résultats. Le blessé pouvait maintenant écrire couramment à la lecture ou à la dictée, ou traduire correctement sa pensée en écrivant; son écriture était devenue correcte et régulière, bien formée. L'aphasie surtout présentait des modifications très-appréciables, et chaque jour le malade prenait une petite leçon de parole et de lecture, comme on eût fait pour un enfant auquel on apprend à parler, et peu à peu il arriva à prononcer quelques syllabes, quelques mots qu'il répétait après les avoir entendus, ou qu'il disait spontanément; mais ces leçons devaient être courtes, car son esprit attentif se fatiguait promptement.

Tel était l'état de ce blessé, qui n'éprouvait plus de grandes difficultés que pour prononcer les lettres S, F et R et qui disait assez nettement : ma-man, pa-pa... ba... be... bi... bo... bu..., qui était même arrivé chaque matin spontanément, lorsqu'on arrivait à son lit, à dire : Bon-jour..., mon-sieu... Boi-net..., com-ment... vous por-tez-vous...? Il buvait bien, mangeait bien, et dormait de même. Il n'avait plus eu d'attaques épileptiformes, lorsque dans la nuit du 16 au 17 mai il succomba à deux attaques d'épilepsie, survenues

coup sur coup; sans que le soir, qu'il avait passé au jardin avec ses camarades à fumer et à jouer, il eût présenté le moindre phénomène qui ait pu faire présager une fin si malheureuse et si prompte.

Autopsie. — L'autopsie fut faite le 17 mai, 16 heures après la mort, en présence de MM. les docteurs Lorne, Motet et des aides du service.

Les téguments étaient adhérents et cicatrisés au pourtour de la couronne du trépan. La boîte osseuse était légèrement injectée, principalement autour de la fracture; on y retrouvait la fente ou fissure produite par le coup de sabre, qui s'étendait assez loin au delà du point où la trépanation avait été faite et le petit pertuis par lequel probablement on avait introduit un stylet avant l'opération, et situé un peu au-dessus de la couronne du trépan. Les tables externe et interne ne présentaient qu'une dépression peu considérable, tout à fait insuffisante pour produire des phénomènes de compression. Les *sinus* étaient gorgés de sang, ainsi que tous les plexus; il s'écoule une quantité très-considérable de sang noir; les méninges sont saines, moins l'injection dans presque toute leur étendue. Au niveau de la troisième circonvolution du lobe antérieur gauche elles sont unies, confondues entre elles, et adhérentes d'une part à la voûte crânienne, de l'autre, à la surface du cerveau; dans ce point elles sont épaissies, résistantes, et en s'éloignant du point considéré comme centre, les caractères pathologiques sont moins marqués. Le cerveau, volumineux, pesait 1,435 grammes, et était parfaitement sain à la surface.

Au niveau des adhérences méningées et un peu en dehors de celles-ci, on remarquait une légère dépression avec un peu moins de consistance de la substance cérébrale, mais sans la moindre trace de ramollissement vrai. Les coupes du cerveau furent faites d'avant en arrière, séparées d'environ 2 millimètres; toute la substance cérébrale fut trouvée parfaitement saine, excepté dans la troisième circonvolution, où l'on rencontre un vaste abcès, situé à 5 centimètres de l'extrémité antérieure du lobe frontal gauche, et à 1 centimètre au-dessus de la scissure du sylvius; à 5 millimètres au-dessous de la couche corticale, juste en dehors du corps strié auquel il touchait; en dehors, il n'était séparé de la boîte osseuse que par l'épaisseur des méninges adhérentes entre elles et à la substance cérébrale.

Cet abcès, du volume d'une noix, est clos de toute part *avec la paroi la plus mince au niveau de la couronne du trépan.* Là, la dure-

mère est adhérente dans une étendue de 4 à 5 centimètres; plus loin la pie-mère est épaissie, adhérente en certains endroits à la substance grise, mais sans trace d'infiltration purulente dans les anfractuosités; la méningite a été extrêmement limitée, elle serait même contestable tant la teinte opaline est peu marquée; nulle part il n'existe de ramollissement de la substance grise; quant à la substance blanche, elle présente ceci de très-remarquable, c'est qu'elle n'est pas non plus ramollie tout autour du foyer; on aperçoit très-nettement un tissu de nouvelle formation tout autour du foyer, il a une coloration violacée, cela ressemble à du tissu cicatriciel; la lésion est exactement limitée, le pus est de bonne nature, épais, crémeux.

Il est bien probable que ce n'est pas cet abcès qui a causé la mort d'une manière si subite, et que le malade a dû succomber aux accidents de compression déterminés par l'énorme turgescence vasculaire, consécutive aux attaques épileptiformes; on a vu qu'à l'autopsie les sinus et les veines cérébrales étaient gorgés de sang; il y avait un peu de liquide dans les ventricules. Il est probable que si l'on avait osé enfoncer la pointe d'un bistouri dans le cerveau après la trépanation, on aurait sauvé le malade, dont la guérison aurait pu être obtenue par les seules forces de la nature... Quoique le pus du foyer n'ait pas eu d'issue, il n'en est pas moins vrai que ce foyer avait de la tendance à se rétrécir et le pus à se résorber, si l'on en juge par la marche des accidents après la trépanation et par l'état du foyer à l'autopsie. En effet, on remarque d'abord une grande diminution des accidents comateux; ensuite leur disparition complète, ainsi que celle de la paralysie des membres et de la face, quelques semaines après la trépanation, coïncidant très-probablement avec la résorption du pus, d'où l'épaississement des parois du foyer, sa diminution et celle de la compression par conséquent, puis retour progressif de la parole qui, probablement, serait revenue complétement si le pus avait fini par se résorber complétement. Le malade est donc mort par asphyxie, due à la compression du bulbe, par une congestion sanguine de tout le cerveau et du bulbe lui-même.

COMMUNICATION

Mort subite pendant le cours d'une opération, et due au chloroforme ou à l'introduction de l'air dans les veines — M. TRÉLAT. J'ai déjà annoncé à la Société le fait dont je vais l'en-

tretenir, et sur lequel je ferai un autre jour une communication dans un autre ordre d'idées. Je veux parler aujourd'hui du fait saisissant de la mort subite qui a emporté le malade. C'était un homme de 32 ans, ayant eu une tumeur de la région sous-maxillaire, un lympho-sarcome dont j'avais fait l'ablation sans encombre et avec l'aide du chloroforme. Six semaines après l'opération, une petite récidive s'est montrée sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, dans un coin de la plaie de la première opération. Le malade était d'ailleurs très-bien portant; il se levait et descendait tous les jours dans les cours. Le 19 novembre je me décidai à enlever la petite tumeur. Le malade fut soumis au chloroforme; il y a eu la période d'agitation habituelle, et principalement de la loquacité; puis vint la résolution et la respiration stertoreuse, et la résolution fut complète. Une incision était à peine faite que le malade changea de couleur : il n'y avait plus de pouls, les bruits du cœur avaient disparu. Je plaçai en toute hâte les doigts sur l'incision. Je pratiquai la position horizontale, la respiration artificielle par des pressions sur le thorax, l'insufflation même de bouche à bouche; l'électricité fut appliquée sur le diaphragme et les origines du nerf phrénique à l'aide d'un, puis de deux appareils. Au bout de quinze minutes la face reprit un peu de couleur, il y eut quelques inspirations. Un quart d'heure après il y eut encore quelque chose comme une respiration. Une heure durant les tentatives de toutes sortes ont été poursuivies, et le malade était probablement mort depuis plus d'une demi-heure lorsque nous avons renoncé à ces tentatives.

A l'autopsie, nous avons trouvé qu'une petite veine se rendant dans la jugulaire externe était ouverte obliquement par rapport à son axe. Celle-ci contient un caillot noir. La jugulaire renferme un long caillot segmenté par quelques bulles d'air. D'autres bulles existent dans une des veines médiastines, dans la veine cardiaque postérieure. Le ventricule droit renfermait une très-notable quantité d'air. Il n'y avait rien dans les poumons, sauf de petites ecchymoses. La rate contenait des tumeurs qu'on est dans l'habitude de rencontrer dans la rate chez les malades atteints de lympho-sarcome; il y avait aussi des ganglions engorgés dans le mésentère, mais il n'y avait rien dans le reste du corps qui pût se rapporter à la mort du malade.

Est-ce l'entrée de l'air dans les veines ou l'action du chloroforme qui est la cause de la mort subite? J'hésite encore aujourd'hui. Quoique l'on ait trouvé de l'air dans les veines, je pense que le chloroforme n'est pas étranger à la mort rapide du malade. L'entrée

de l'air dans les veines est chose fort rare, je ne l'ignore point, puisque M. Sédillot dit qu'il n'en a jamais vu. Une des raisons qui me pousseraient à admettre que le chloroforme a surtout agi est ce fait, que la mort n'a pas été instantanée, qu'il y a eu à deux reprises un rappel à la vie. Dans la mort par introduction de l'air dans les veines, la mort est instantanée, c'est un fait accompli; dans la mort par le chloroforme, on peut rappeler un instant les malades à la vie, ce qui n'a point lieu pour les cas de mort par entrée de l'air dans les veines. Malgré cela cependant, on ne peut méconnaître qu'il y avait de l'air dans les veines en quantité relativement considérable, qu'il y avait des gaz dans le cœur droit et que le sang renfermait des bulles de gaz.

Je vous ai exposé les motifs qui me font balancer entre deux interprétations. Le pour et le contre de chaque manière d'envisager les faits est plus ou moins puissant, et j'ai cru devoir soumettre à mes collègues cette observation, afin d'éclairer mon jugement.

M. PERRIN. Est-ce le chloroforme, est-ce l'introduction de l'air qui a causé la mort du malade? La première interprétation me paraît l'expression de la vérité. Depuis qu'on y a regardé de près, on a reconnu qu'il y avait beaucoup moins de cas de mort par l'introduction de l'air dans les veines. Des expériences ont été faites, j'en ai fait moi-même avec M. Claude Bernard, et nous avons vu que, chez les animaux, l'entrée de l'air dans les veines à la suite des plaies du cou est rare; que, au contraire, les plaies des veines du rachis, en vertu de la disposition que je n'ai pas besoin de rappeler à nos collègues, sont exposées à l'introduction de l'air. Dans les cas d'introduction d'air dans les veines, la mort est foudroyante et est due à l'arrêt instantané du cœur.

C'étaient les vaisseaux du cou qui étaient ouverts chez le malade de M. Trélat, je ne crois pas à l'introduction de l'air dans les veines. L'air qui était contenu dans les veines du cou peut être dû à la putréfaction, même dans les vingt-quatre premières heures et en dehors de toute apparence de putréfaction extérieure; s'il y a décomposition du sang, c'est dans les petits vaisseaux que l'on voit le plus souvent des gaz. Cette considération montre amplement que la présence de gaz dans les veines ne préjuge pas l'origine de la mort. Il y a donc un doute. Je regrette d'ailleurs que les gaz n'aient pas été analysés, on aurait pu avoir ainsi un renseiment précieux. En réalité, je crois que nous sommes dans le cas présent en face d'une de ces syncopes inévitables, malgré la pru-

dence et l'habileté du chirurgien, qui surviennent pendant l'application du chloroforme.

A propos de l'insufflation des poumons de bouche à bouche, je ne puis m'empêcher de dire qu'elle est tout à fait illusoire. La respiration artificielle à l'aide de pressions exercées sur les parois thoraciques, par le procédé de Marshall-Hall, est loin d'être aussi bonne que l'insufflation directe à l'aide d'une sonde passée dans la trachée et d'un soufflet. Il ne faut pas craindre que ce procédé cause des déchirures des cellules pulmonaires et de l'emphysème; cette crainte est peu fondée. Aussi, sans vouloir juger en rien la pratique de notre collègue, je me demande si, dans un cas semblable, où la vie semblerait un instant reparaître, il ne serait pas bon de poursuivre la respiration artificielle pendant longtemps par le procédé de l'insufflation trachéale.

M. LE FORT. Je ne suis ni de l'avis de M. Trélat, ni de l'avis de M. Perrin. Je ne m'éloigne pourtant pas autant de M. Trélat que de M. Perrin. Les vivisections, les expériences sur les animaux ne prouvent pas ce qu'on veut leur faire prouver. Il y a un fait net dont il faut tenir compte dans l'observation de M. Trélat, c'est l'air dans les veines. J'ai observé peu de temps après M. Trélat un fait analogue d'entrée de l'air dans les veines. Des veines du cou avaient été coupées; il y avait de l'air dans les veines du cou, dans les veines cardiaques, et il n'y avait pas d'air dans le cœur gauche : aucune autre veine ne renfermait de gaz. Je crois que le malade de M. Trélat a succombé à l'entrée de l'air dans les veines, et que le chloroforme ne peut être incriminé. Nous n'opérons pas aujourd'hui dans les conditions où l'on opérait autrefois; le sifflement indiqué dans les observations anciennes comme étant très-net peut manquer si les veines ouvertes sont d'un petit volume.

Dans le cas que j'ai observé, il s'agissait d'une trachéotomie pour un cas d'asphyxie dans le cours d'une phthisie laryngée : la trachée-artère était très-courte et le corps thyroïde était très-volumineux. J'ai incisé sur la ligne médiane, j'ai ouvert la trachée; le sang coulait en abondance; le malade s'assied sur son séant; le visage change de couleur, et le malade retombe sur son lit, mort. Ce n'est pas comme cela que succombent les malades qui asphyxient par le chloroforme; ils deviennent bleus, puis ils pâlissent, et la mort survient dans un espace de temps moins court. A l'autopsie de mon malade, j'ai trouvé sur la ligne médiane une veine assez grosse coupée en deux, suivant l'axe du vaisseau et dans lequel l'air avait pénétré, car cette veine renfermait de l'air, et, comme elle se

jetait dans le tronc brachio-céphalique, il y avait de l'air dans le gros tronc veineux; il y en avait aussi dans le cœur. Il n'y avait d'air dans aucune autre veine, et ceci est tout à fait aussi significatif et a autant de valeur que dans l'observation de M. Trélat.

Pour ce qui est de la respiration artificielle, je crois que les pressions sur le thorax sont utiles, surtout si l'on y joint l'élévation des bras par la méthode de Sylvestre, dont l'effet est de dilater la poitrine.

M. GIRALDÈS demande à M. Trélat s'il y avait de l'emphysème pulmonaire.

M. TRÉLAT. Il n'y avait que quelques ecchymoses dans les poumons, et ceux-ci n'étaient point emphysémateux.

M. GIRALDÈS. En 1848, j'ai fait un travail pour la Société de chirurgie sur trois cas de mort par le chloroforme et l'éther, deux par le chloroforme, un par l'éther; et j'avais trouvé dans les trois cas des gaz dans le cœur et les veines caves; il y en avait même dans les veines du bassin. Les gaz dans les vaisseaux étaient tellement évidents, que je me demandais si la mort n'avait pas été causée par l'introduction de l'air dans les veines. Les poumons des malades présentaient aussi des ecchymoses et de l'emphysème; et voilà pourquoi j'ai adressé ma question à M. Trélat.

Dans le service de Roux, un cas de tétanos, traité par le chloroforme et suivi de mort, a présenté à l'autopsie des lésions du même genre; il a été trouvé de l'air dans les veines, quoiqu'il n'y eût pas de putréfaction apparente du cadavre. Depuis, chez des malades qui avaient succombé par le chloroforme on a vu de l'air dans les veines. Je crois que le malade de M. Trélat a succombé au chloroforme.

M. Perrin a cité des expériences; je désire faire remarquer que, physiologiquement, les vaisseaux du cou chez l'homme et chez les animaux ne se comportent pas de la même manière. Chez les petits animaux soumis aux expériences, les veines sont horizontales; elles sont verticales chez l'homme, et chez ce dernier la possibilité de l'entrée de l'air dans les veines cervicales est tout à fait démontrée; aussi ne serais-je pas éloigné de penser qu'il a pu entrer un peu d'air dans les veines du malade de M. Trélat.

M. SÉE. Je suis de l'avis de M. Perrin sur le cas actuel. Pour trois motifs, je ne crois pas à l'entrée de l'air dans les veines. D'abord la veine était petite, superficielle, elle n'était pas béante; le sifflement, le glouglou caractéristique ne s'est point fait entendre. A l'autopsie, on n'a point trouvé ce mélange intime de sang et d'air, cette spume

signalée dans les observations et qui existe dans les grosses veines et même quelquefois dans les artères pulmonaires.

La putréfaction commence dans le sang avant d'exister dans les tissus; ces marbrures que nous voyons sur les veines des cadavres encore frais sont l'indice de la formation de gaz dans les vaisseaux. Je suis donc porté à penser que les gaz trouvés dans les veines du sujet de l'observation de M. Trélat indiquent seulement la putréfaction commençante du cadavre.

M. PANAS. Les annales de la science renferment un bon nombre de faits d'entrée de l'air dans les veines. Malgaigne n'avait pas nié que les veines maintenues béantes par les aponévroses pouvaient laisser pénétrer l'air, il avait même cité un fait d'entrée de l'air dans les veines pendant une opération d'ablation d'un ganglion. Il avait ajouté que les veines renfermées dans des tissus indurés étaient susceptibles de se laisser pénétrer par l'air. Il ne s'agit pas, on le voit, d'invoquer ici les expériences sur les animaux.

Je crois que le malade de M. Trélat est mort du chloroforme; l'air contenu dans le cœur est dû à la décomposition du sang noir du ventricule droit; l'air qui n'était point battu avec le sang infirme l'idée de la mort par introduction de l'air dans le système veineux.

Le malade de M. Trélat est mort d'une syncope prolongée qui est devenue mortelle. Cette syncope est survenue dans les conditions où on l'a observée, c'est-à-dire après que le malade s'est agité et a eu la respiration stertoreuse; le malade est mort par le cœur, mais après des troubles respiratoires. Aussi, lorsqu'on chloroformise les malades, on ne doit pas seulement s'occuper du pouls, mais encore de la respiration.

M. SÉE. Une des conditions de l'entrée de l'air dans les veines est que ces vaisseaux soient béants; c'est là l'opinion de Malgaigne.

MM. TRÉLAT ET LE FORT font remarquer que la section longitudinale de la veine est une condition très-favorable à l'introduction de l'air.

M. GIRAUD-TEULON cite un cas où l'éther a été employé pour une opération d'iridectomie et où il y a eu un commencement de syncope sans qu'il y ait eu de lutte, d'agitation et de troubles respiratoires précurseurs.

M. DEPAUL. Je ne crois pas que le chloroforme ait causé la mort. J'ai vu un cas d'introduction d'air dans les veines et j'ai trouvé une veine par laquelle l'air avait pénétré et où la disposition anatomique de la veine expliquait l'introduction de l'air. La section particulière des veines sur laquelle ont insisté MM. Trélat et Le Fort est

le fait capital, et je trouve que l'argument tiré de la putréfaction prématurée comme cause de l'air contenu dans le cœur est bien faible, comparé à cette particularité que l'air n'occupe que la veine blessée et les veines qui se rendent au cœur, alors qu'il n'y a point d'air dans les autres veines.

La respiration artificielle employée par M. Trélat à l'aide des pressions sur le tronc est illusoire; on ne fait pas entrer ainsi de l'air dans les poumons. L'insufflation trachéale directe est de beaucoup supérieure, comme l'a dit M. Perrin. Mais je ne suis pas aussi opposé que notre collègue à l'insufflation de bouche à bouche. On peut faire entrer de la sorte un peu d'air dans la poitrine.

M. TRÉLAT. Je remercie nos collègues des éclaircissements qu'ils m'ont fournis; mais je vois qu'il me faut rester dans les mêmes incertitudes où j'étais avant cette discussion. Mes collègues sont divisés sur l'interprétation du fait; mais des points ont été discutés et controversés, et je veux seulement m'arrêter à quelques-uns d'entre eux. La veine que j'ai coupée était largement ouverte et l'air y a pu entrer. Le sifflement n'a pas été entendu clair et aussi apparent que le voudrait M. Sée, mais il a pu être assez faible pour que nous ne l'ayons pas perçu. D'ailleurs ce sifflement n'est pas indispensable. J'ajouterai pour M. Panas que le malade a été régulièrement chloroformé et qu'il n'a présenté aucun trouble respiratoire. Néanmoins le chloroforme ne peut pas être innocenté d'une manière absolue.

Un dernier mot sur la respiration artificielle : Les succussions du thorax sont-elles inutiles? Qui voudrait l'affirmer? Pour ma part, j'ai vu des syncopes menaçantes que j'ai arrêtées en froissant désagréablement avec le poing les parois thoraciques; les malades se sont réveillés en faisant une grande respiration sollicitée par la pression pénible de ma main et les choses sont rentrées dans l'ordre.

PRÉSENTATION DE MALADE

Cicatrice du cuir chevelu chez un nouveau-né. — M. TARNIER présente un petit malade offrant sur le sommet de la tête une cicatrice arrondie n'occupant que le cuir chevelu et ne siégeant pas au niveau des fontanelles.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Tumeur hématique de l'abdomen. — M. TARNIER présente

une tumeur hématique de l'abdomen de nature douteuse prise pour un kyste de l'ovaire.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1872.

Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux ;* — l'*Union médicale ;* — la *Gazette hebdomadaire ;* — l'*Art dentaire;* — une brochure de M. Decroix, vétérinaire, intitulée : *Analogies entre le choléra et la peste bovine.* — Les travaux pour 1870-71 de la Société : *Pour l'avancement des sciences naturelles, médico-chirurgicales d'Amsterdam.*

A PROPOS DE LA CORRESPONDANCE

M. LARREY présente un travail de M. le docteur Polazeck, intitulé : *De l'opportunité des grandes opérations.* Le même chirurgien offre à la Société une collection de thèses de chirurgie.

M. GIRAUD-TEULON présente un travail manuscrit de M. le docteur Monoyer, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, intitulé : *De la cure radicale de certaines formes de tumeurs lacrymales au moyen de l'excision partielle du sac, du cathétérisme méthodique et des injections au sulfate de soude.* (Commissaires : MM. Forget, Perrin, Giraud-Teulon.)

M. Dubrueil, nommé membre titulaire, adresse à la Société une lettre de remercîments.

M. DELACOUR, de Rennes, nommé membre correspondant national, adresse une lettre de remercîments à la Société.

M. LEGOUEST adresse à la Société une lettre par laquelle il demande à être nommé membre honoraire.

M. LE PRÉSIDENT invite M. Dubrueil à prendre place parmi ses collègues.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Cicatrice du cuir chevelu chez un nouveau-né. — M. TARNIER. J'ai revu ce matin le petit enfant que je vous ai présenté, et en examinant de très-près, je me suis assuré qu'il s'agissait bien réellement d'une cicatrice. Autour d'une partie déprimée du volume d'une lentille il y avait un cercle rouge, et le fond de la cicatrice était recouvert d'une pellicule, au-dessous de laquelle il y avait de l'épithélium, comme celui qu'on rencontre sur les cicatrices encore jeunes.

M. GUÉNIOT demande si le travail a été long et s'il ne serait pas possible, dans ce cas, d'attribuer la cicatrice à une plaie faite pendant le travail. Dans ce cas, s'il y avait eu une plaie, il est possible qu'elle se soit cicatrisée rapidement. On sait que, chez les enfants, les plaies se cicatrisent vite, et le cuir chevelu, baigné dans les eaux de l'amnios, est dans des conditions de cicatrisation très-favorables, puisqu'il se trouve dans une atmosphère humide.

M. BLOT. Il n'est pas démontré que ce soit une cicatrice. Le tissu ne me paraissait pas évidemment une cicatrice; il y aurait donc quelques réserves à faire.

M. TARNIER. Il n'était pas possible de s'y méprendre; il y avait au fond d'une cavité une petite croûte, et au-dessous, une lame mince de tissu de cicatrice.

DISCUSSION

(Suite.)

Cas de mort subite attribuée au chloroforme ou à l'entrée de l'air dans les veines.— M. BLOT. M. Trélat, messieurs, a conclu comme il avait commencé, et dans sa réponse aux paroles de nos collègues, il est encore resté dans le doute, ne sachant si son

malade avait succombé à l'entrée de l'air dans les veines ou au chloroforme. Pour moi, je vois de l'air dans les veines allant de la plaie au cœur chez un individu qui a succombé pendant l'application du chloroforme. Pourquoi ne pas admettre la mort par l'entrée de l'air dans les veines? Est-ce que chez un anémique qui succombe à une hémorrhagie nous méconnaissons que l'hémorrhagie est la cause de la mort? disons-nous que le malade est mort d'anémie? Le chloroforme a été pour quelque chose, certes; il a empêché l'individu de réagir contre les effets de l'entrée de l'air dans les veines. La mort a été rendue plus facile à cause de la résolution complète du malade, mais c'est l'entrée de l'air dans les veines qui est la cause première de la mort.

Les malades qui ne sont pas chloroformisés réagissent en effet contre l'introduction d'une petite quantité d'air dans les veines. J'ai observé un cas de ce genre. En administrant une douche utérine pour provoquer un accouchement prématuré chez une malade, à la Clinique, il y eut introduction d'air dans les veines, la malade suffoqua; elle put être rappelée à la vie par la flagellation. Ce qui me fait dire qu'il était entré de l'air dans les veines, c'est que le placenta était inséré sur le col. Nous avons vu avec MM. Tarnier et Bailly encore un cas analogue, il y a peu de temps. Cette fois, l'air était entré en grande proportion dans les vaisseaux veineux.

D'après les expériences de Martin-Magron, il paraît évident que l'air introduit dans les veines en petite quantité ne tue point, qu'il est brassé pour ainsi dire et répandu dans tout le corps et finit par être résorbé. On peut donc dire que chez le malade de M. Trélat il est entré un peu d'air dans les veines, et que si la mort est survenue, c'est parce que le malade était sous l'influence déprimante du chloroforme et qu'il n'a pu réagir.

M. PERRIN. Il n'est pas possible de se prononcer; au point de vue le plus strict, l'air qu'on a trouvé dans les vaisseaux ne convaincra personne. Toutes les fois qu'on interroge les vaisseaux après la mort, il y a des bulles d'air quand même il n'y aurait pas de traces de putréfaction. Il ne s'agit pas de savoir si les gaz contenus dans les vaisseaux ont tué le malade, lorsque nous savons comment le chloroforme cause des syncopes semblables à celle qu'a présentée le malade de M. Trélat. C'est tout ce qu'on peut affirmer en serrant le fait de très-près.

Je dois dire toutefois que j'ai accentué l'interprétation de mort par le chloroforme sans me dissimuler que nous manquons ici de point de départ certain, puisque les gaz contenus dans le cœur

n'ont pas été analysés. Dans la dernière séance, j'ai cité des expériences, et j'ai dit que les sinus crâniens et les veines rachidiennes étaient les parties du système veineux que l'air pénétrait le plus facilement; M. Le Fort rejette ces sources d'information, mais j'aime mieux cela qu'une affirmation ou des affirmations.

M. Le Fort a cité un cas de mort pendant la trachéotomie; ce fait n'a aucune signification, car on sait que, quand il y a des perturbations du côté de la trachée, il peut y avoir une mort foudroyante qui est la syncope et est différente de l'asphyxie. D'autre part, lorsqu'on opère sur les voies respiratoires, si le sang pénètre dans les voies aériennes, il y a mort par asphyxie bien plus facilement que par introduction de l'air dans les veines.

M. DEMARQUAY. Le malade de M. Trélat me paraît être mort par le choroforme. J'ai vu avec Blandin des animaux tués par l'air introduit dans les veines; le sang de ces animaux était spumeux, et il avait fallu une grande quantité d'air pour les tuer. Chez l'homme, il peut entrer un peu d'air dans les veines sans qu'il y ait des accidents.

J'ai renouvelé des expériences sur les animaux; mais dans ces expériences j'avais ouvert le sternum, de sorte que je ne tiens pas les résultats pour très-concluants. Je rappellerai seulement que, pour bien apprécier la quantité d'air contenue dans les vaisseaux, il faut faire l'autopsie sous l'eau.

A un autre point de vue, je dirai que nous devons, à mon avis, changer notre manière de donner le chloroforme; au lieu du cornet et des compresses, sur lesquelles on verse du chloroforme et qui suffoquent le malade, je me sers, pour ma part, de l'appareil d'Esmasch, où l'on emploie très-peu de chloroforme, où l'on dose pour ainsi dire ce que l'on administre.

M. LE FORT. Les deux thèses peuvent se soutenir : la mort par entrée de l'air dans les veines et la mort par le chloroforme. Je réponds à M. Perrin que les expériences sur les animaux sont un danger pour la clinique, et qu'il vaut mieux un bon nombre d'observations sur lesquelles on raisonne. Les expériences sur les animaux conduisent à admettre, par exemple, que les veines cervicales ne sont pas disposées pour se laisser pénétrer par l'air, quand la clinique nous montre, au contraire, que le fait existe pour l'homme. J'ai, d'autre part, des observations de mort par le chloroforme chez l'homme. Je n'ai donc pas besoin d'essayer l'effet du chloroforme sur les lapins. J'aime mieux analyser des observations.

Il y a des arguments pour l'entrée de l'air dans les veines chez

le malade de M. Trélat, c'est l'air dans les vaisseaux qui partent de la plaie; l'argument contre est qu'il n'y en avait pas assez. C'est encore ce fait, que l'on a pu espérer rappeler le malade à la vie.

La manière dont est mort le malade de M. Trélat est différente du mode de mort par le chloroforme. Je m'explique. Sans rentrer ici dans la discussion ancienne, je dirai que, suivant mes recherches personnelles, on meurt de quatre manières : par suicide, c'est-à-dire asphyxie (les malades sont trouvés morts avec une compresse sous le nez); par arrêt du cœur (pendant la période d'excitation, le malade se met sur son séant et retombe mort); par occlusion de l'orifice laryngien (pendant la période de résolution, la langue, paralysée, retombe sur la glotte et cause l'asphyxie); par syncope, enfin, principalement lorsqu'on chloroformise les malades assis.

Dans certains cas de mort, peut-on dire que l'action du couteau ne provoque pas une action réflexe, l'arrêt du cœur en particulier? Le chloroforme n'abolit pas les actions réflexes, pas plus que l'ivresse, à laquelle le sommeil chloroformique peut être comparé : les ivrognes, en effet, marchent, se battent, cassent ce qu'ils trouvent, sans en avoir gardé le moindre souvenir le lendemain. Si le malade de M. Trélat a succombé en présentant encore des battements du cœur, si légers qu'ils soient, il est probable que la cause de la mort n'est pas la syncope.

Pour rappeler à la vie les malades, je partage l'avis de mes collègues sur l'insufflation de bouche à bouche; elle est mauvaise. L'insufflation à l'aide d'une sonde n'est pas pratique; on n'a pas toujours une sonde sur soi. La respiration artificielle est bonne, mais le procédé de Silvestre est préférable à celui de Marshal Hall; mes expériences me prouvent que le procédé de Silvestre fait entrer de l'air dans la poitrine.

M. DESPRÉS. Plusieurs de nos collègues regardent comme positif que M. Trélat a trouvé de l'air dans les veines, depuis la plaie du cou jusqu'au cœur. Ceci n'est rien moins que démontré. Le procès-verbal renferme ces mots : il y avait un caillot dans la veine coupée; il allait depuis la plaie jusqu'à la veine jugulaire. La veine jugulaire renfermait du sang noir entremêlé de quelques bulles claires.

L'argument capital, invoqué par plusieurs de nos collègues, est donc beaucoup diminué. Je pense, pour ma part, que le malade est mort du chloroforme.

M. TRÉLAT relit le passage de l'observation relatif à l'autopsie

des veines. La veine jugulaire renfermait de l'air, surtout à la partie inférieure, et il y avait de l'air dans le cœur droit; il y en avait même dans la veine du médiastin.

M. PERRIN. Je ne veux pas rentrer dans la discussion des causes de la mort par le chloroforme. Je n'accepte pas la classification de M. Le Fort. Le chloroforme agit comme un poison : il suspend les mouvements du cœur, arrête la respiration, parce qu'il empoisonne. Quant à l'occlusion du larynx, elle n'est qu'une cause surajoutée aux troubles respiratoires.

La respiration artificielle à l'aide d'un tube trachéal et d'un soufflet est le meilleur mode de respiration artificielle, et loin de dire qu'il n'est pas pratique, je dirai qu'on ne devrait jamais chloroformiser un malade sans avoir sur soi un tube à insufflation. Il ne faudrait pas non plus élever trop au-dessus du procédé de Marshall Hall celui de Silvestre ; Marshall Hall élève le bras et fait exécuter un mouvement de rotation au tronc du malade à chaque inspiration et expiration provoquées. Le malade est sur le ventre pour l'expiration et sur le côté pour l'inspiration.

M. GIRALDÈS. Je ne rentrerai point dans la discussion du fait. Je tiendrai compte seulement de l'air qui a été trouvé dans le cœur, car je ne crois pas que cet air soit le résultat de la putréfaction. Le chloroforme lui-même n'est pas étranger à la mort, aussi serais-je porté à penser qu'il faut invoquer l'une et l'autre cause pour expliquer la mort.

M. SÉE. M. Trélat nous a dit qu'il y avait de l'air dans une veine du médiastin. Je ne m'explique pas comment il y serait venu de la plaie.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 6 MARS 1872.

Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux ;* — *L'Union médicale ;* — La *Gazette hebdomadaire ;* — Le numéro de mars des *Archives générales de médecine ;* — Le *Lyon médical.*

— Une lettre de M. le docteur Polaillon qui se porte candidat pour la place de membre titulaire.

— Une lettre de remercîments de M. le docteur Baizeau, nommé membre correspondant.

— Un mémoire de M. le docteur Dechaux (de Montluçon), intitulé : *Des corps étrangers à travers les voies digestives et des inconvénients du crochet œsophagien de Graeef* (Comm.: MM. Sée, Saint-Germain, Forget).

M. Dechaux demande à être compris sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

HONORARIAT

Il est procédé à un scrutin par oui et par non, sur la demande de M. Legouest, membre titulaire, à l'effet d'obtenir le titre de membre honoraire.

Sur 28 votants :

Oui............................	26
Non......................... ..	2

En conséquence, M. Legouest est nommé membre honoraire.

COMMUNICATION

Tumeur fibro-plastique des grandes lèvres. — M. TARNIER. La tumeur que j'ai l'honneur de vous présenter a été enlevée avant-

hier; la malade est une jeune femme de mon service, dont voici l'observation :

La nommée Jeannette P..., 27 ans, du département de la Nièvre, est en apparence d'une robuste constitution; elle fut réglée pour la première fois à 17 ans.

Il y a cinq ans environ cette femme, montée au haut d'un cerisier, tomba à califourchon sur l'une des branches de cet arbre; elle éprouva une vive douleur. Une large ecchymose apparut aux parties génitales, et quinze jours après, une tumeur, grosse comme une noisette, se développait dans l'épaisseur de la grande lèvre droite. — Je donne ces détails parce que, dans l'esprit de la malade, la chute qu'elle fit se lie étroitement à l'apparition de la maladie.

La tumeur s'accrut lentement; au mois de mars 1871, elle était grosse comme un œuf de poule. A cette époque, survint une grossesse. La dernière apparition des règles date du 19 mai 1871. Dès lors la tumeur s'accrut rapidement, et le médecin du pays qu'habitait la malade, pensant que l'accouchement pourrait être gêné par une tumeur aussi volumineuse, l'envoya à la Maternité, où elle entra le 15 novembre 1871.

La tumeur était alors au moins aussi grosse qu'une tête de fœtus à terme; elle était absolument indolore. La peau qui la recouvrait était mobile, très-épaisse, d'apparence éléphantiasique. La masse morbide était de forme arrondie; à sa partie supérieure elle présentait un mamelon, également arrondi, qui faisait saillie.

La consistance de la tumeur était molle; je crus même y reconnaître distinctement de la fluctuation, et je diagnostiquai un kyste à parois très-épaisses. — Deux de mes collègues, MM. Depaul et Blot, virent ma malade; M. Blot partagea mon opinion, et M. Depaul pensa, au contraire, que le liquide devait être en petite quantité, s'il existait.

La tumeur était limitée à la grande lèvre droite, sans prolongement du côté de l'excavation pelvienne, sans pédicule adhérent à la branche intra-pulvienne.

Il me sembla qu'une opération faite pendant la grossesse pourrait être dangereuse, que l'accouchement se ferait sans grande difficulté, et que le plus sage était d'attendre.

Sous l'influence du repos, la tumeur qui gênait la malade par son poids diminua notablement, et je crus à une résorption partielle du liquide qui, dans ma pensée, devait exister dans cette tumeur.

L'accouchement eut lieu le 19 janvier 1872, sans aucune difficulté ; tout se passa aussi naturellement que possible.

Après l'accouchement, la tumeur diminua rapidement, et fut bientôt réduite à la moitié du volume qu'elle avait précédemment acquis; puis elle resta stationnaire.

Quand tout écoulement lochial eut cessé, je fis deux ponctions exploratrices dans la tumeur, et je reconnus alors qu'elle était entièrement solide. Sur les instances de la malade, qui avait hâte de quitter l'hôpital, je me décidai à enlever cette tumeur. L'opération fut, en un mot, des plus simples.

La tumeur, comme vous pouvez le voir, est encore volumineuse; son poids est de 470 grammes. Autour de la masse principale, se trouvent quelques longs prolongements, qui plongeaient dans les tissus placés en arrière de la masse principale; leur énucléation fut aussi facile que celle de la masse principale.

La tumeur est formée dans sa totalité par un tissu blanchâtre, sur lequel on aperçoit des fibres disposées en faisceaux irréguliers. L'examen microscopique de ce tissu n'a pas encore été fait; je vous en ferai connaître le résultat dans la prochaine séance.

En vous communiquant cette observation, j'attire votre attention sur l'accroissement rapide de la tumeur pendant la grossesse, sa diminution après l'accouchement et la terminaison de l'accouchement, qui fut très-facile. A ce dernier point de vue, mes prévisions se sont réalisées; c'est d'ailleurs une remarque que les accoucheurs ont souvent faite relativement aux tumeurs de la vulve.

M. CHASSAIGNAC. La tumeur me paraît composée de parties diverses; il est difficile de dire exactement à quel genre elle appartient.

M. BLOT. La tumeur que j'ai examinée avant l'opération me paraissait être une tumeur liquide tant la fluctuation me semblait appréciable; mais je veux insister sur un autre point. La tumeur avait diminué de volume depuis l'accouchement ; elle s'était atrophiée. Cette considération est une de celles qui confirment le plus cette manière de juger les choses, qui oblige à attendre que les femmes aient accouché pour les opérer de tumeurs existant pendant la grossesse.

M. DEPAUL insiste sur le retrait de la tumeur après l'accouchement. Il dit : tout le monde sait que les organes génitaux externes s'hypertrophient pendant la grossesse et reviennent à l'état normal après l'accouchement, et que cette hypertrophie est très-différente de l'œdème de la vulve.

Dans le cas présent, la tumeur présentée par M. Tarnier avait subi l'influence des grandes lèvres. Il y a une analogie frappante avec les fibromes utérins. Je n'ai pas besoin de rappeler à cet égard les convictions que nous avons tirées de la dernière discussion devant la Société, sur les fibromes utérins.

M. TARNIER. Il était curieux de montrer une tumeur augmentant pendant la grossesse et diminuant ensuite. Il en est de cette tumeur comme des végétations, et je suis tout à fait d'avis qu'il ne faut pas toucher aux tumeurs de la vulve pendant la grossesse. Si l'on coupe les végétations, on s'expose à des hémorrhagies graves et à des avortements.

J'ai vu une femme qui était tombée sur la vulve et avait eu une hémorrhagie tellement grave qu'il avait fallu tamponner. Lorsqu'on ôta le tampon pour faire uriner la malade, l'hémorrhagie se reproduisit. Le sang provenait d'une toute petite plaie. A l'autopsie, une injection d'eau, poussée par les veines, ressortait par la plaie.

M. DESPRÉS. Il ne faudrait pas s'exagérer la gravité des opérations sur la vulve. J'ai enlevé, par excision, des végétations énormes de la vulve chez des femmes enceintes, et qui n'ont point avorté. Seulement le sang coulait en assez grande abondance, et c'est pour cela que je m'étais imposé la règle de ne point couper les végétations en une seule séance.

Un fait frappant m'est resté dans l'esprit. Une femme enceinte de cinq mois, à laquelle MM. Tarnier et Tillaux avaient conseillé de ne point se faire opérer, voyant les végétations croître outre mesure et indéfiniment, est venue à Lourcine il y a 6 ans, réclamant une opération. Plein des opinions que soutient M. Tarnier, je résistai; mais, sur les instances de la malade, qui avait à la vulve un bouquet de végétations du volume d'une tête d'adulte environ, je fis l'opétion avec les ciseaux, en deux fois, avec l'aide du chloroforme. Il coula pas mal de sang que j'arrêtai par la cautérisation avec le chlorure de zinc. La malade n'eut aucun accident, et elle accoucha à terme.

M. CHASSAIGNAC. Il ne faut pas poser de règles absolues. J'ai publié des observations de végétations de femmes enceintes enlevées avec l'écraseur linéaire. C'est une affection grave que des végétations ; le suintement, les excoriations, l'odeur infecte rendent la vie pénible aux malheureuses femmes que l'on n'opère pas, et si on peut les débarrasser, on le doit. D'ailleurs, je ne vais pas à l'encontre de ce que disent nos collègues quant aux inconvénients des opérations en général chez les femmes grosses.

M. BLOT. Je suis de l'avis de M. Chassaignac. Il ne faut pas proscrire d'une manière absolue les opérations chez les femmes grosses. Si une tumeur est une cause de gêne excessive, il faut faire quelque chose, pour les végétations en particulier. On peut les flétrir à l'aide du tannin ou d'autres poudres, et même les enlever. Mais quand il n'y a pas d'indication absolue, il ne faut pas opérer, car les hémorrhagies sont toujours à craindre.

En 1845, j'ai vu chez Velpeau une malade qui avait des végétations énormes de la vulve donnant une odeur infecte. Velpeau les enleva avec l'instrument tranchant. Il y eut une hémorrhagie considérable; l'anémie survint; quelques jours après l'avortement eut lieu, et l'hémorrhagie se reproduisit. En thèse générale, il vaut mieux ne pas opérer les végétations, et si on les opère, il vaut mieux employer l'écraseur linéaire que tout autre moyen. Néanmoins la proposition de M. Tarnier doit être retenue.

M. FORGET. A quelle date, après l'accouchement, convient-il de pratiquer une opération sanglante dans les organes génitaux, sans qu'on ait à craindre l'influence de l'état puerpéral sur l'évolution de la plaie et sa cicatrisation? Le retour de l'utérus et de ses annexes à l'état physiologique est effectué au bout de six semaines. Est-ce assez? L'état général suit-il l'état local? Quelques faits tendraient à prouver le contraire.

M. DEPAUL. Il ne faudrait pas trop restreindre la proposition soutenue par M. Tarnier; mais on peut se demander jusqu'à quel point on peut opérer les femmes grosses. Dubois et nos anciens avaient reconnu qu'il y avait des accidents sérieux à redouter : les hémorrhagies et principalement l'avortement. D'une manière générale, on peut dire qu'il ne faut pas opérer les femmes enceintes; mais je ne nie point qu'on puisse enlever une tumeur gênante. Cependant, pour le fait spécial de M. Tarnier, nous sommes d'accord; tout ce qui s'est passé là s'explique par l'anatomie et la physiologie, et était conforme aux enseignements que nous avons reçus. Les végétations, en principe, ne doivent pas être enlevées, parce que, dans la généralité des cas, on les voit s'atrophier et disparaître après l'accouchement. Pendant la grossesse, on peut les traiter par les poudres astringentes.

A l'appui du fait signalé par M. Tarnier, je dirai qu'une hémorrhagie était survenue chez une jeune femme, et qu'on avait tamponné le vagin, croyant qu'il y avait insertion vicieuse du placenta. Appelé près de la malade, je trouvai une petite plaie sur le capuchon du clitoris, au niveau d'une veine variqueuse; le sang s'épan-

chait en même temps dans le tissu cellulaire, comme dans les cas de thrombus de la vulve, suite de rupture de varices vulvaires. Ces faits de plaies de la vulve engagent à toucher le moins possible aux organes génitaux externes de la femme pendant la grossesse. Il y a danger à agir; aussi je crois qu'il faut attendre l'accouchement pour opérer, autant que la chose est possible.

M. VERNEUIL. Combien faut-il attendre de temps après l'accouchement pour opérer? Je crois qu'il faut attendre au moins deux mois. J'ai pratiqué des opérations réparatrices sur la vulve après un mois et six semaines, et les opérations ont échoué. Il y a, du reste, une indication tirée d'une autre source; par exemple, pour les opérations de fistule vésico-vaginale, nous savons qu'en cas d'insuccès, on ne doit pas recommencer l'opération avant trois mois. Pour une suture du périnée pratiquée six semaines après l'accouchement, j'ai eu un insuccès; les fils d'argent avaient coupé les tissus.

Peut-on opérer les femmes enceintes? Certes, personne n'hésiterait à pratiquer une opération de hernie étranglée chez une femme enceinte. Mais j'ai observé un fait, qui ne sortira pas de ma mémoire : chez une femme enceinte, j'ai ouvert un abcès de la vulve; une angioleucite est survenue, puis l'avortement, puis une péritonite et l'infection purulente.

Valette, de Lyon, a publié un mémoire où il dit que l'on peut sans danger opérer une femme enceinte. Un de mes élèves, M. Petit, a fait une thèse remarquable sur ce sujet, et il a émis des idées entièrement opposées à celles de Valette. Depuis, j'ai observé des faits nouveaux.

J'ai opéré d'une tumeur du sein une femme dont j'ignorais la grossesse; la malade la dissimulait. La grossesse a suivi son cours, et la malade est accouchée à terme. Ce fait est plus heureux que les trois suivants. Sur une malade atteinte d'œdème de la glotte et enceinte, j'ai pratiqué la trachéotomie; quarante-cinq heures après, la malade avorte et meurt trois heures après. Pendant la Commune, une femme enceinte reçoit une balle dans le genou; le cinquième jour, après un mieux apparent, elle tombe dans le coma et meurt après avoir avorté. Enfin, une malade, renversée par une machine à vapeur, avait une de ces tumeurs décrites par Morel-Lavallée sous le nom d'hydrocèle traumatique; une ouverture eut lieu, je traitai par les lavages de la cavité. Tout allait bien, quand un érysipèle survint. L'avortement eut lieu presque aussitôt. Aussi serais-je porté à me demander si, dans une récente discussion à la

Société de médecine de Lyon, les médecins n'étaient pas dans le vrai lorsqu'ils disaient que ce n'est ni l'opération, ni la plaie qui font avorter, mais bien la complication inflammatoire développée à l'occasion de la plaie.

M. GUYON. Je ne crois pas qu'il y ait de règles absolues, et je veux citer un fait en opposition avec ceux de M. Verneuil. Une jeune femme enceinte portait un abcès froid symptomatique d'une lésion osseuse de la partie supérieure de la cuisse. L'abcès était énorme et était l'objet de mes préoccupations, car la malade s'épuisait. Comme les accidents que j'aurais pu provoquer en opérant la malade ne me semblaient pas plus graves que le danger de laisser cette femme subir les effets de cet abcès froid, je pris le parti de passer un drain dans la tumeur. Le résultat fut très-bon ; il y eut une amélioration rapide, et la malade n'avorta pas. La grossesse a suivi son cours régulier.

M. TRÉLAT. Sans m'étendre sur ce que la tumeur a de particulier et sur sa nature, je vois qu'au point de vue de l'opportunité des opérations chez des femmes enceintes, il y a des règles de conduite admises, et qu'on peut concéder ce principe, qu'il ne faut opérer qu'en cas de grave urgence ; mais il ne faut pas que ce soit là une règle absolue.

Pour ce qui est du moment propice aux opérations après l'accouchement, je pense que c'est de trois à six mois après les couches que nous devons opérer. A cet égard, nous sommes à peu près d'accord. Les observations de notre collègue M. Verneuil, relatives aux indications opératoires chez les femmes grosses, sont au contraire discutables. On ne saurait inférer rien de l'intervention chirurgicale pour l'abcès de la vulve suivi de péritonite et d'avortement. Je n'aperçois pas davantage la part de gravité qu'a apportée à une angine, chez une femme grosse, la trachéotomie. On peut, en effet, accuser à juste titre la maladie d'avoir causé l'avortement et la mort.

M. GUÉNIOT. Il a été cité ici des faits pour et contre. L'hésitation en ressortirait si l'on ne sentait la nécessité de catégoriser les faits. Une plaie étroite peut causer l'avortement et une grande plaie laisser la grossesse suivre son cours. J'ai eu un exemple remarquable de plaie de l'abdomen, chez une femme enceinte qui était tombée dans un puits. Il y eut de la gangrène autour de la plaie ; néanmoins la cicatrisation se fit et la grossesse continua jusqu'au jour où le choléra vint emporter la malade.

Au point de vue pratique, on devrait chercher ce que sont les

opérations chez les multipares et les primipares. Entre les opérations d'urgence, telle que la hernie étranglée, et les opérations de tumeurs que rien ne presse d'enlever, il y a toute une série d'intermédiaires. Il faudrait savoir quelles opérations on peut pratiquer, si le danger existe indifféremment pour les opérations sur la vulve et les opérations sur le reste du corps. Il ne faut pas négliger non plus les antécédents des malades.

Quant au moment où il convient d'opérer après l'accouchement, il n'y a pas de limites de temps exactes sur lesquelles on puisse se fonder; ce qui sert de guide, c'est le retour des parties à l'état normal, c'est le rétablissement des fonctions.

M. VERNEUIL. Lorsque nous disons qu'il faut attendre trois mois, nous faisons, bien entendu, des réserves et nous subordonnons les indications opératoires à l'état plus ou moins bon de nos malades et à leur rétablissement complet.

En fait de règles précises, il n'y en avait pas, lorsque Berard a opéré à regret une femme enceinte qui est morte, et pour ma part, je n'aurais pas supposé que l'ouverture d'un abcès de la vulve fût aussi grave. Aussi, désormais je m'abstiendrai d'ouvrir les abcès de la vulve chez une femme enceinte. Mais je me propose aussi de rechercher si, comme cela a été dit à la Société de médecine de Lyon, c'est la maladie inflammatoire qui agit sur la grossesse, plutôt que l'opération ou la plaie.

M. TRÉLAT insiste sur cette proposition, qu'il y a des opérations, habituellement d'urgence, qui ne sont point de nécessité, et réciproquement; qu'une ouverture d'abcès peut n'être pas indispensable et que des végétations gênantes, par exemple, doivent être opérées.

PRÉSENTATION DE MALADE

Anévrysme cirsoïde de la région auriculo-temporo-mastoïdienne gauche. — M. LABBÉ. J'ai l'honneur de présenter à la Société une malade atteinte d'un anévrysme cirsoïde de la région auriculo-temporale gauche, présentant un volume considérable.

Cette femme est âgée de 33 ans; elle ne peut dire si au moment de sa naissance il existait, dans la région auriculo-temporale, une tache érectile, mais elle sait qu'à l'âge de cinq ans une hémorrhagie grave s'est déclarée dans cette région. Un médecin fut appelé, et appliqua une ligature pour amener la chute d'une tumeur grosse comme une cerise.

Depuis l'âge de cinq ans jusqu'à celui de vingt-sept, il ne survint pas de nouvelle hémorrhagie, mais il se produisit une modification notable dans l'aspect de la région. Une dilatation artérielle existait au niveau du pavillon de l'oreille, de la région temporale, de la région mastoïdienne. La malade entendait un bruit intense, sorte de bruit de rouet, bruit qui n'a jamais cessé depuis cette époque, et qui même est devenu plus intense.

Une hémorrhagie des plus graves survint à ce moment, et ne fut arrêtée que très-difficilement. Le médecin appelé auprès de la malade pratiqua des injections de perchlorure de fer. Ces injections furent souvent renouvelées; à plusieurs reprises, elles furent suivies de la formation de petites eschares. Sous leur influence, la partie de la tumeur correspondant au pavillon de l'oreille s'est modifié, et là les battements ont cessé ; seulement les tissus sont indurés.

Depuis cette époque, il y a eu quelques nouvelles hémorrhagies, et aujourd'hui la tumeur a acquis un grand volume. La tumeur est formée par un groupe de gros vaisseaux qui soulèvent la peau ; la tumeur présente des battements perceptibles au toucher et même à la vue. Ces battements disparaissent très-difficilement lorsqu'on pratique la compression au niveau des vaisseaux du cou. On perçoit un bruit de souffle intermittent, doux à la partie inférieure de la tumeur, nettement musical vers la partie supérieure.

La malade est de plus en plus incommodée par le bruissement incessant auquel donne lieu la tumeur. La vie lui devient très-pénible.

J'ai l'intention d'intervenir dans ce cas, et je crois qu'ainsi que l'a fait M. Broca il y a deux ans, chez une malade qui nous a été présentée, il convient d'avoir recours aux injections de perchlorure de fer, après avoir établi préalablement une compression bien complète sur tout le pourtour de la tumeur.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 13 MARS 1872.

Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*; — le *Marseille médical*; — le *Montpellier médical*; — la *Gazette médicale de Strasbourg*; — l'*Ippocratico*, journal médical, par le docteur Luigi Car. Casati. — *Introduction aux connaissances humaines*, par M. A. Dantès.

M. PANAS présente un travail de M. le docteur V. de Castro (d'Alexandrie), intitulé : *Des abcès du foie des pays chauds et de leur traitement chirurgical.*

M. DOLBEAU présente à la Société, de la part de l'auteur, M. DUPLOUY, une note sur la désarticulation du genou (Commissaires : MM. Perrin, Legouest et Desprès).

DISCUSSION

(Suite.)

De l'opportunité des opérations chez les femmes enceintes et les nouvelles accouchées. — M. TARNIER. La malade dont j'ai entretenu la Société a eu quelques accidents sur lesquels je veux revenir. La malade, pendant l'application du chloroforme, a été d'abord comme sidérée, puis elle a eu du strabisme et de la dilatation de la pupille; deux jours de suite après l'opération la malade a vomi; il y a eu de la gangrène de la plaie chirurgicale, puis un affaissement général inquiétant, mais aujourd'hui le mieux se prononce.

Je crois que la malade a été fâcheusement influencée par le chloroforme.

La tumeur, examinée, contenait du tissu fibro-plastique.

M. DESPRÉS. J'ai consulté mes notes de l'hôpital de Lourcine, et

je vons apporte les documents précis relatifs aux opérations que j'ai pratiquées sur des femmes enceintes. J'ai enlevé chez six malades grosses de trois à sept mois, et qui étaient à leur première grossesse et avaient 17, 18, 19 et 20 ans, des végétations énormes qui leur rendaient le séjour au lit lui-même insupportable. Aucune de ces malades n'a avorté; une est accouchée à terme plus d'un mois après, d'un enfant mort, à cause d'une complication, la procidence du cordon. J'ai eu deux fois à faire des incisions dans des abcès de la glande vulvo-vaginale sur des femmes grosses; les malades n'ont eu aucun accident et sont accouchées à terme. Une fois chez une femme de 30 ans, grosse de trois mois, qui avait une fistule recto-vaginale, j'ai fait une opération : j'ai transformé la fistule recto-vaginale en une fistule à l'anus périnéale. La malade n'a eu aucun accident et est accouchée à terme. Par opposition, une malade qui avait un kyste du vagin et que je voulais opérer s'est refusée à l'opération; elle a avorté à deux mois et demi sous mes yeux. Si j'avais opéré cette malade, j'aurais sans aucun doute accusé l'opération. Je pense donc, d'après ces faits, d'après ceux de M. Chassaignac, que l'on ne doit pas proscrire chez les femmes grosses les ablations des végétations gênantes.

En terminant, je ferai remarquer que l'on passe au spéculum les femmes enceintes et qu'on traite leurs vaginites par les tampons d'alun, restés classiques à l'hôpital de Lourcine. Aucun chirurgien de l'hôpital ne redoute les avortements, et pour ma part, je n'ai rien vu qui pût justifier cette crainte. Une fois cependant, une malade dont le col avait été difficile à trouver, et qui avait été passée deux fois au spéculum dans les 24 heures, a avorté, et je crois que l'emploi prolongé du spéculum n'a pas été étranger à l'avortement.

M. FORGET. Je demandèrai toujours dans quelles limites de temps les opérations doivent être pratiquées après l'accouchement, car l'état puerpéral se fait encore sentir longtemps après l'accouchement. Je ne pense pas que la malade de M. Tarnier ait subi l'influence du chloroforme, je crois que l'on pourrait bien plutôt accuser l'état puerpéral; ce qui me le fait penser, ce sont les accidents du côté de la plaie. Je suis donc d'avis qu'on ne saurait trop attendre pour opérer les femmes en couches.

M. BOINET. Il y a des opérations urgentes qu'on ne saurait retarder, telles sont les déchirures du périnée. Il y a tout intérêt à fermer immédiatement la plaie. Pour des cas semblables, j'ai pratiqué des sutures immédiatement, et j'ai eu de bons résultats. On débarrasse les malades du séjour des lochies dans la plaie.

M. TARNIER. Les opérations d'urgence peuvent être pratiquées sur les femmes enceintes; mais les unes sont innocentes, tandis que d'autres sont suivies d'hémorrhagies d'avortement. Pour ce qui est des végétations, on doit s'abstenir aussi longtemps que possible; d'une part, les végétations tombent seules après l'accouchement; de l'autre, avec la poudre de tannin on dessèche les végétations au point de les rendre peu gênantes. Nous voyons ces faits souvent dans les services d'accouchement.

M. Després nous dit que les tampons de l'hôpital de Lourcine et l'emploi du spéculum sont mis en usage journellement chez les femmes enceintes ou non à l'hôpital de Lourcine, sans qu'on redoute l'avortement. J'ai vu le fait pendant un remplacement à l'hôpital de Lourcine. Oui, les tampons gros comme un petit œuf, placés dans le vagin, ne causent pas l'avortement, mais cela ne veut pas dire que le tamponnement connu des accoucheurs ne provoque pas des contractions utérines, puisqu'en obstétrique le tampon vaginal est un moyen de provoquer l'accouchement artificiel; il y a une différence entre un gros et un petit tampon pour les effets sur l'utérus gravide.

Je dirai à M. Forget que j'ai opéré ma malade 45 jours après ses couches. J'ai attendu que tout écoulement lochial eût disparu; j'ai peut-être opéré un peu tôt. Wieland, dans sa thèse inaugurale, disait que le rétablissement complet des fonctions ne s'effectuait pas même complétement après le retour de couches, et qu'après la première époque des règles l'utérus restait encore hypertrophié; de sorte que l'on peut dire que les opérations sur les nouvelles accouchées ne devraient pas être faites avant la deuxième apparition des règles.

M. BLOT s'associe à la distinction que l'on doit faire entre les gros et les petits tampons, mais il croit devoir insister sur la non-opportunité des opérations hatives pour remédier aux ruptures du périnée. Il y a, dit-il, une distinction à faire : certaines ruptures du périnée comprennent seulement la peau, d'autres comprennent les parties profondes. Pour les premières, il n'y a rien à faire, elles se cicatrisent seules; quand la déchirure est étendue, on ne réussit pas les sutures et l'opération a même cela de fâcheux qu'en échouant elle rend plus difficile une opération ultérieure.

Les opérations retardées sont surtout utiles pour les déchirures profondes du périnée et pour les fistules vésico-vaginales. On doit attendre trois et quatre époques, attendre même plus; car des fistules se rétrécissent considérablement; quelques-unes guérissent

spontanément, et d'autres peuvent être guéries par de simples cautérisations. Aussi est-il indiqué de n'opérer que quand il est démontré que la fistule ne se rétrécit plus.

M. CHASSAIGNAC. M. Tarnier a reconnu qu'il y avait des opérations urgentes qu'il était nécessaire de pratiquer chez les femmes grosses, mais qu'il y avait des cas où il fallait s'abstenir. J'aurais voulu que notre collègue distinguât quant au procédé à employer. Il y a deux catégories de moyens à mettre en usage : l'opération sanglante et les opérations telles que le drainage et l'écrasement linéaire. M. Guyon nous a fourni une observation, où un abcès froid, chez une femme grosse, a été très-heureusement traité sans qu'il y ait eu avortement. J'ai vu, lorsque j'étais à Lourcine, une jeune femme enceinte atteinte de grosses végétations, suintant beaucoup, et gênant considérablement la malade. Imbu des idées qu'il ne fallait pas toucher aux végétations des femmes enceintes, et connaissant les tentatives de destruction des verrues par l'acide acétique, j'essayai l'acide acétique sur les végétations de ma malade. Ce traitement occasionna les douleurs les plus vives et n'avait qu'un médiocre effet. J'ai fait alors des ligatures en trois fois. Malgré l'emploi du chloroforme, la malade souffrit beaucoup ; elle eut des attaques d'hystérie et même des coliques et des contractions utérines ; néanmoins il n'y eut pas d'avortement. Depuis, j'ai opéré des femmes enceintes atteintes de végétations avec l'écraseur linéaire, et j'en ai eu de bons résultats.

Les abcès que l'on ouvre chez les femmes enceintes, au sein ou à la vulve, exigent des ouvertures très-petites ; car les grandes incisions donnent lieu à une hémorrhagie ; mais cette hémorrhagie n'est pas elle-même le plus grand danger. Les hémostatiques que l'on emploie cautérisent, enflamment les plaies, comme cela a existé chez la malade de M. Verneuil. Pour les abcès en général chez les femmes grosses, au sein ou à la vulve, je serais tout à fait d'avis que le meilleur moyen de les ouvrir est le trocart.

M. DESPRÉS. En prenant des précautions, on peut opérer les femmes grosses sans danger d'hémorrhagie ou d'avortement. M. Tarnier croit qu'on doit attendre l'accouchement pour opérer les végétations ; mais doit-on s'abstenir quand on voit des malades au troisième mois de la grossesse avec des bouquets de végétations à la vulve gros comme une tête d'adulte ou une tête d'enfant ? quand, malgré poudres, soins de propreté et bains, les malades ne peuvent rapprocher les jambes, quand le frottement cause des eschares sur les cuisses ou que les végétations s'ulcèrent les unes

contre les autres, peut-on laisser les malades six mois dans cet état, alors qu'on n'est pas sûr que les végétations tomberont seules après l'accouchement? car, il faut bien le dire, j'ai opéré plus d'une fois des végétations chez des femmes accouchées depuis plus de six semaines, et qui avaient des végétations stationnaires depuis le commencement ou le milieu de leur grossesse.

Les six malades que j'ai citées avaient des végétations énormes ; je les ai opérées en plusieurs fois, et il n'y a pas eu d'hémorrhagie, parce que je cautérisais avec le chlorure de zinc, ou je comprimais avec de l'amadou ou de la charpie quand il coulait du sang. J'ai déjà dit qu'il n'y avait pas eu d'avortement.

Il est possible d'expliquer les divergences d'opinion entre les chirurgiens de l'hôpital de Lourcine et les chirurgiens chargés des services d'accouchement. Nous voyons, nous, les malades au commencement de la grossesse, et, en deux ans, à l'hôpital de Lourcine, on opère plus de grosses végétations que l'on n'en voit en vingt années dans un service d'accouchement.

M. VERNEUIL. J'ai dit que la Société des sciences médicales de Lyon s'était occupée, en décembre 1871, de la question du traumatisme chez les femmes enceintes. Voici le résumé de cette discussion (1).

M. Poncet communique l'observation suivante :

Une femme de 27 ans, ayant eu déjà deux accouchements à terme et sans accidents, entra à l'hôpital pour une ostéo-arthrite du pied gauche, datant de douze ans.

Les règles s'étant montrées dans les premiers jours de novembre, rien ne faisait soupçonner une grossesse.

Amputation sus-malléolaire le 18 novembre, par M. Ollier. Bandage ouaté et silicaté. Pendant les six premiers jours, la température ne dépasse pas 38 degrés, le pouls oscille entre 80 et 90.

Le 25, petits frissons le soir. Signes d'adénite inguinale. On enlève le bandage. Cataplasme de fécule. Pouls à 130. Température rectale, 40°,7.

Le lendemain, érysipèle étendu du moignon, à la partie moyenne de la cuisse.

Le 27, apparition de règles abondantes; on prescrit dix gouttes de perchlorure, et plus tard 50 centigrammes d'ergot de seigle.

---

(1) *Lyon médical*, 18 février 1872, page 255.

La métrorrhagie continue, quoique faiblement.

Le 4 décembre, dans l'après-midi, expulsion, sans douleur, d'un œuf de deux mois à deux mois et demi pesant 80 grammes.

Le soir, cessation de la métrorrhagie.

L'érysipèle avait été très-bénin; au moment de l'hémorrhagie, il n'en restait que quelques traces douteuses à la jambe.

M. Poncet, après avoir rappelé les conclusions du mémoire de M. Valette, ne cherche point à les contredire; il dit seulement que si le traumatisme n'est pas la cause efficiente de l'avortement, il peut en être au moins parfois la cause occasionnelle. Chez la malade actuelle, l'avortement a eu lieu quatorze jours après l'amputation et ne peut être attribué ni au choc traumatique, ni à la fièvre traumatique, qui a été fort légère. Il a été causé par l'érysipèle, survenu précisément quelques jours avant l'expulsion de l'œuf, en agissant à la manière des fièvres éruptives.

Si les grandes opérations sont bien supportées par les femmes enceintes, il n'en est probablement pas de même de leurs complications, et de nouveaux faits prouveront peut-être que toute plaie qui est une porte d'entrée à l'érysipèle l'est aussi, chez une femme enceinte, à l'avortement.

Dans la discussion qui suivit cette intéressante communication, les avis furent partagés sur la cause de l'avortement; mais l'opinion de M. Poncet sembla prévaloir. Pour ma part, je l'adopte volontiers et suis disposé à accuser l'érysipèle de la fausse couche. La blessure en elle-même et le fameux choc traumatique sont loin d'avoir une influence démontrée; car on sait que les fractures simples qui ne sont pas accompagnées de fièvre grave guérissent très bien chez les femmes enceintes, ou du moins déterminent rarement l'avortement.

Il serait important de constater qu'entre la lésion traumatique et la fausse couche vient s'interposer une complication : érysipèle, angioleucite, phlegmon, fièvre traumatique, phlébite, etc. Il y aurait également à rechercher si ces complications sont plus fréquentes chez la femme grosse que chez d'autres. Toutes circonstances étant égales d'ailleurs, il faut donc réunir de nouvelles observations et attendre pour se prononcer.

J'ai dans mon service une malade qui, sauf la nature de la blessure, se rapproche de celle de M. Poncet. Voici un résumé des notes recueillies par M. Bourdon, interne de mon service.

C... (Marie), enceinte de trois mois, a été blessée par les éclats d'une machine à vapeur. A son entrée à l'hôpital, le 6 février, onze jours après l'accident, elle présentait une contusion étendue de la

moitié gauche du ventre et de la fesse, un épanchement sanguin abondant, et une vaste eschare existait à la fesse et à la région sacrée et était soulevée par une collection de liquide. L'eschare se détacha et la tumeur donna issue à de la sérosité purulente le 11 février.

Le lendemain la température était à 38°, et il y eut un frisson; le 13, un érysipèle se déclara, la malade avait une température de 39°; des douleurs assez vives existaient dans le bas-ventre et dans la plaie.

Le jeudi 15, le surlendemain, la malade avorta; les douleurs persistèrent, la température monta à 40. L'érysipèle suivit son cours, et après s'être promené sur le tronc arriva à son terme, et la plaie de la fesse marche actuellement vers la guérison.

M. DEMARQUAY. Il n'est pas étonnant que les opérations fassent avorter les femmes enceintes, car il est commun de voir les règles paraître et devancer les époques chez les femmes qu'on soumet aux opérations hors l'état de grossesse. Je partage l'avis de M. Després pour ce qui est des végétations; j'ai fait des opérations de ce genre chez des femmes grosses; j'opérais aussi en plusieurs fois, et, pour éviter les hémorrhagies, je cautérisais avec le fer rouge. Je n'ai point vu les malades avorter.

A mon avis, pour les opérations à pratiquer chez les nouvelles accouchées, il en est qu'il ne faut pas retarder. La suture du périnée doit être faite de suite, attendu qu'elle n'est ni difficile ni douloureuse et qu'on peut la pratiquer pour ainsi dire à l'insu des malades, comme si on faisait un simple pansement. J'opère les malades après 48 heures, je fais une suture et j'ai presque toujours des succès. D'abord il y a une tendance à la réunion; si la première suture échoue, j'en fais une seconde, encore à l'insu des malades, car il est bon de ne pas ébranler le moral des malades en leur parlant d'une opération.

M. TARNIER. Malgré les explications conciliatrices de M. Després, je persiste à dire, en opposition avec MM. Demarquay et Després, qu'il ne faut pas enlever les végétations des femmes grosses. M. Després a enlevé de très-grosses végétations; il n'a pas eu d'accidents, mais il a pris des précautions. M. Demarquay a été dans le même cas; tous deux cautérisaient les plaies, M. Després même a eu recours à la compression; cela indique combien les hémorrhagies sont à redouter.

Puis les végétations peuvent repousser après ces opérations, et quand il y en a dans le vagin en même temps qu'à la vulve, on ne

peut les enlever toutes. On arrive, au contraire, à soulager les malades à l'aide de poudres dessiccatives et désinfectantes, au point de les faire patienter jusqu'au moment des couches.

Pour ce qui est de la possibilité d'avortement, s'il y a les observations de M. Després, il y a celle de Velpeau, rappelée par M. Blot.

Je ne sais si M. Demarquay fait les sutures prématurément pour les cas graves, et surtout s'il obtient des succès. J'ai été appelé dans son service pour accoucher une négresse primipare à laquelle un médecin de la ville avait fait une déchirure du vagin en tentant une application de forceps difficile; le vagin était déchiré de haut en bas au niveau de la cloison.

M. DEMARQUAY. J'ai fait la suture 48 heures après l'accouchement; la malade va très-bien.

M. TARNIER. Je ne comprends pas qu'on puisse opérer les malades, leur faire une suture au périnée sans qu'elles s'en aperçoivent, car la suture du périnée est une opération où il est nécessaire de placer les femmes dans la position de l'application du spéculum. Même lorsque l'on pratique la suture à l'aide des serres-fines, il faut bien placer la malade. J'ai été une fois une demi-heure pour faire une suture du périnée, et j'ai dû placer beaucoup de fils. Aussi je m'étonne que l'on puisse opérer les malades à leur insu.

M. DEMARQUAY. A l'aide de l'aiguille courbe de Blandin on opère facilement la suture en se plaçant sur le côté des malades.

M. BLOT. Il ne faut pas méconnaître que chez la malade dont nous parlent MM. Tarnier et Demarquay, il ne s'agit pas d'une véritable rupture du périnée, c'est une sorte de coupure des tissus par le forceps qui existait chez cette négresse. On s'explique alors pourquoi la suture a réussi.

Dans les déchirures du périnée, les bords de la déchirure sont contus, il y en a une partie qui se gangrène, et cela met obstacle à la réunion immédiate; il faut aviver, si l'on veut réussir. Certainement il y a des parties de peau divisées qui peuvent reprendre, mais l'exemple de M. Demarquay n'est pas bien choisi. Les déchirures du périnée qui arrivent après un travail rapide peuvent seules reprendre par première intention; mais hors ce cas, on ne réussit pas. Cependant, lorsqu'il y a une fente profonde de la cloison recto-vaginale, je reconnais qu'on peut se hâter d'opérer.

M. DEMARQUAY. Je n'ai jamais fait d'avivement; lorsque des fils ne tiennent pas, j'en place d'autres, l'opération est sans gravité et j'en ai obtenu de très-bons résultats. Si l'on attend, au contraire,

on est obligé de recourir plus tard à la périnéorrhaphie, qui est une longue opération.

M. GUYON. Pendant le temps où j'étais à la tête d'un service d'accouchement, j'ai observé un certain nombre de ruptures du périnée qui exigeaient l'intervention chirurgicale. Les déchirures, il est vrai, n'étaient pas très-étendues. J'ai eu recours, chaque fois, à la réunion immédiatement après l'accouchement; j'employai les serres-fines, d'après la méthode de Danyau. Les résultats ont été publiés par un de mes élèves, M. Montfort. On obtient ainsi des résultats très-bons; la réunion est parfaite. Le périnée, en effet, a une vitalité qui ne peut être comparée qu'à celle du tégument de la face. Même sur la muqueuse vaginale et vulvaire, de petites serres fines procurent une réunion immédiate des déchirures peu étendues. En présence des résultats obtenus dans de telles conditions, j'étais disposé à faire des sutures dans le cas où une grande déchirure du périnée se serait présentée à mon observation, et j'aurais opéré alors peu de temps après l'accouchement. Je m'y serais déterminé d'autant plus volontiers que je savais que M. Nélaton avait tenté la suture, pendant la période de bourgeonnement des lèvres d'une déchirure du périnée, et qu'il avait obtenu une guérison.

PRÉSENTATION DE MALADE

Epispadias avec exstrophie de la vessie. — M. LABBÉ présente un petit malade atteint d'épispadias avec exstrophie de la vessie. Les uretères sont apparents sur la vessie renversée, et cet organe tend tous les jours de plus en plus à être chassé de l'abdomen.

M. Labbé demande s'il n'y a pas lieu de tenter immédiatement l'opération.

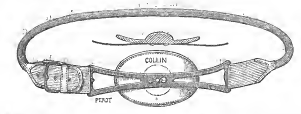
M. DOLBEAU croit qu'il faut opérer, et qu'il est urgent d'abord de recouvrir l'ectopie vésicale.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. LABBÉ présente au nom de l'auteur, M. Beau, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Brest, une série d'appareils destinés à obtenir la guérison des fractures de cuisse sans raccourcissement. (Commission : MM. Marjolin, Després et Dubrueil.)

M. DOLBEAU présente un bandage pour la hernie ombilicale, et dont la ceinture est disposée de façon à produire une pression continue sur la hernie.

Chacun sait, dit-il, combien il est difficile de maintenir les bandages de l'ombilic. Ils se déplacent constamment, ou s'ils sont maintenus, la pression devient insupportable. Le ventre change constamment de volume ; sa forme varie suivant les attitudes du malade ; telles sont les difficultés de la contention parfaite et tolérable.



Le bandage que je présente a été fait, sur mes indications, par M. Collin, et si j'en juge par mes observations, cet appareil est destiné à rendre beaucoup de services dans la pratique.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 20 MARS 1871.

Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — L'*Union médicale*; — La *Gazette*

hebdomadaire; — Le *Bulletin général de thérapeutique*; — Le *Journal de médecine de l'Ouest*; — Le *Lyon médical.*

A propos de la correspondance :

M. LARREY présente un travail du professeur Cortese (de Venise), intitulé : *Considerazioni, anatomico pathologiche sulle glandule sanguigne e sui tessuti erettili e cavernosi.*

M. TRÉLAT présente un travail de M. Laurenço de Magalhaès, à Bahia, intitulé : *Quelques considérations sur l'opération de la cataracte.*

— De la part de M. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis : des *Tableaux de statistique chirurgicale, comprenant le résumé de la pratique chirurgicale* de M. le docteur Luciano, de Moraës Sarmento, chirurgien de l'hôpital Pedro II, à Pernambuco (Brésil). (Commission de statistique.)

MM. Cortese, Moraës Sarmento et Laurenço demandent à être inscrits au nombre des candidats au titre de membre correspondant étranger. M. Laurenço envoie, à l'appui de cette demande, l'exposé de ses titres scientifiques.

— De la part de M. Krishaber, une observation intitulée : *Polype du larynx; écrasement sur place par les voies naturelles; guérison.* (Commissaires : MM. Cruveilhier, Duplay, Guyon.)

LECTURE

M. TRÉLAT lit une lettre de M. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, dont voici un extrait résumé :

Chez les asphyxiés par submersion, il se produit de très-bonne heure des gaz dans le sang. M. Vidal a vu des bulles d'air sortir de la veine médiane céphalique 20 minutes après qu'un noyé était retiré de l'eau. Ce gaz dans les veines, à une époque aussi rapprochée de la mort, en l'absence de toute trace de putréfaction, est pour M. Vidal une preuve que l'air dans les veines peut être le fait de l'asphyxie, et que le récent cas de mort discuté à la Société de chirurgie semblerait être dû à l'action du chloroforme, à l'asphyxie chloroformique plutôt qu'à l'introduction de l'air dans les veines.

DISCUSSION

Traitement des anévrysmes cirsoïdes. — M. LABBÉ, à propos du procès-verbal d'une des dernières séances, demande l'a-

vis de ses collègues sur la malade qu'il a présentée dans l'avant-dernière semaine.

M. CHASSAIGNAC. Il y a des cas d'anévrysmes cirsoïdes qui doivent être traités; mais je crois que, pour la malade de M. Labbé, on pourrait continuer l'abstention qui a été à peu près observée depuis plus de trente ans. J'ai vu un malade qui avait une tumeur de cette nature, et qui a vécu longtemps avec sa tumeur, quoiqu'il y ait eu des hémorrhagies.

Les opérations par les injections sont peu certaines ; elles ont, il est vrai, donné de beaux résultats, mais il y a eu aussi des embolies. La pression autour de la tumeur, autour des endroits où l'on pratique les injections est difficile, et l'on n'est point sûr de réussir, tandis que ce cas étant peu défavorable, puisque la malade vit avec sa tumeur depuis plus de trente ans, on pourrait s'exposer à une mort foudroyante. Vous vous rappelez le fait de cet enfant qui est mort subitement à la suite d'une injection de perchlorure de fer dans une tumeur érectile située à la racine du nez. La canule avait pénétré dans la veine nasale.

M. VERNEUIL. La vie est possible avec une tumeur semblable à celle de la malade. Je ne le conteste pas; mais si nous-mêmes nous portions une semblable tumeur, si à la moindre plaie nous étions exposés à avoir des hémorrhagies peut-être mortelles, nous nous ferions opérer. La ligature des artères du cou serait trop dangereuse ou ne produirait pas de résultats certains. La ligature de la carotide primitive est excessivement grave, celle de la carotide externe ne pourrait assurer la guérison. Il y a donc seulement deux méthodes à employer : les injections coagulantes et la cautérisation. Mais avant de parler du mode opératoire, je voudrais rappeler à M. Labbé la thèse de M. Decès, où se trouvent plusieurs remarques propres à fournir des indications opératoires. Decès a montré que les anévrysmes cirsoïdes se composent de deux parties : une tumeur érectile qui existe depuis la naissance, et autour des artères volumineuses qui se dilatent progressivement. Il ajoutait que, lorsqu'on enlève la tumeur érectile, les artères dilatées qui s'y rendaient, loin de reproduire la tumeur, tendaient au contraire à reprendre leur calibre normal. Ces considérations permettraient peut-être de prendre le parti de n'enlever que l'oreille, c'est-à-dire le siége du mal primitif. C'est sur ce point que doivent porter d'abord les injections coagulantes. Il n'y a pas à craindre une de ces embolies veineuses auxquelles M. Chassaignac a fait allusion, car il s'agit ici de dilatations artérielles. Si une embolie se produi-

sait, ce serait une embolie artérielle qui causerait la gangrène d'une partie de la tumeur, et ce résultat ne serait pas mauvais.

Les injections, dans ces sortes de tumeurs, sont difficiles; souvent, quand on croit tomber dans un vaisseau, on place le trocart à côté, et l'injection est sans effet ou plutôt détermine une eschare sans coaguler le sang dans les vaisseaux. J'ai observé ce fait sur un malade, un ancien infirmier de l'hôpital Lariboisière, qui avait un anévrysme cirsoïde en nappe à la région sous-occipitale, et qui occasionnait des douleurs de tête très-violentes. J'ai pratiqué avec le plus grand soin sept ou huit injections; il n'y en a eu que quatre qui ont pénétré, mais elles ont eu un bon effet : les douleurs de tête ont disparu. Les injections ici sont d'ailleurs innocentes, et je crois que M. Labbé fera bien d'opérer, et il devra pratiquer les injections à la périphérie de la tumeur, là où les parties sont amincies et où il semble qu'une hémorrhagie soit le plus à redouter.

M. LE FORT. Je suis de l'avis de M. Verneuil, plutôt que de l'avis de M. Chassaignac. La tumeur ne restera pas stationnaire. Les anévrysmes cirsoïdes demeurent longtemps dans le même état, cela est vrai, mais d'ordinaire ils croissent tout d'un coup, et alors il faut intervenir. J'ai vu un malade qui avait un anévrysme cirsoïde qui occupait la moitié de la tête. Lorsqu'il est venu me consulter, je ne l'opérai pas, je craignais en multipliant les injections, ce qui était nécessaire, de provoquer un phlegmon; je conseillai la compression. Le malade, de retour dans son pays, se confectionna un diadème en fer du poids de 4 kilog., à l'aide duquel il comprimait sa tumeur. Malgré cette compression énergique, l'anévrysme cirsoïde augmenta et même, lorsque j'ai revu ce malade, la compression n'avait fait aucun effet dans les parties sur lesquelles reposait ce diadème compresseur.

J'ai tiré de ce fait la conviction qu'il ne faut pas attendre, car le moment ne tarde pas à arriver où le mal ne peut plus être opéré.

M. LABBÉ. Les arguments de MM. Verneuil et Le Fort me décident à tenter les injections. La tumeur de ma malade a toujours augmenté depuis l'âge de 27 ans; à chaque grossesse il y avait un accroissement notable. La crainte des hémorrhagies chez cette malade est telle, qu'elle a une terreur invincible quand elle est seule, et ceci est pour moi une indication. Je sais bien que les injections ont été déjà tentées sans succès, qu'il y a eu des eschares, mais je pense que cela tient à ce que l'on n'était pas entré dans les vaisseaux. On peut essayer d'appliquer les injections avec plus de succès.

Je ferai remarquer qu'il n'y a pas eu de tumeur de départ chez ma malade, quoique celle-ci prétende que vers l'âge de cinq ans on lui a enlevé une petite tumeur; hors ce souvenir peu certain, rien n'indique que la tumeur a franchement débuté par une tumeur érectile.

Je pense, contrairement à M. Chassaignac, que l'on peut faire une compression efficace autour de la tumeur, car actuellement par la compression on peut faire disparaître les battements et le souffle. Au besoin, il sera facile de comprimer avec un anneau de plomb et de circonscrire, ainsi que l'a fait M. Broca, l'îlot où une injection coagulante sera pratiquée.

COMMUNICATION

Substitution des courants continus faibles, mais permanents, aux courants continus énergiques et temporaires dans les paralysies, les contractures musculaires et les lésions de nutrition. — M. LE FORT lit un travail sur ce sujet.

Messieurs, dans la dernière séance, j'ai eu l'honneur de vous présenter deux malades guéris par l'application permanente, ou du moins très-longtemps prolongée, de faibles courants électriques, l'un d'une paralysie de l'avant-bras, l'autre d'une paralysie avec contracture des muscles du mollet et de la plante du pied. Je n'ai pu que soumettre ces malades à votre observation, l'heure étant trop avancée pour me permettre de vous entretenir de leur histoire, et surtout du traitement auquel ils ont dû leur guérison.

Voici d'abord l'observation de ces deux malades.

OBS. I. — *Entorse du poignet et des articulations carpo-métacarpiennes du côté droit. Paralysie des muscles de la main et de l'avant-bras.*

Le nommé Victor G..., âgé de 18 ans, tapissier, entra à l'hôpital Lariboisière le 8 janvier 1872. Environ quinze jours auparavant, à la suite d'un mouvement exagéré de torsion de la main pour soulever un meuble un peu lourd, il ressentit un craquement dans le poignet, accompagné d'une vive douleur, et il lui fut dès lors impossible de travailler. On lui fit des applications d'eau blanche et d'eau-de-vie camphrée, et l'on pratiqua même sur la face dorsale de la

main une incision superficielle qui donna issue à un peu de sérosité louche.

A l'arrivée du malade, je constate un œdème général de la main, un empatement considérable ayant son centre au niveau de l'articulation du deuxième métacarpien avec la carpe, et une vive douleur à ce niveau, très-augmentée par la pression. Je me bornai à faire appliquer un bandage compressif et un badigeonnage iodé.

Deux jours après (10 janvier), l'œdème et la douleur commencent à diminuer, et l'amélioration continue les jours suivants sous l'influence des mêmes moyens, auxquels j'ajoute le massage.

Le 20, la douleur a cessé; mais nous constatons que le malade ne peut relever les doigts et que l'avant-bras présente des signes d'amaigrissement, et peut-être même d'atrophie musculaire.

Le 22, j'essaye l'état de la contractilité musculaire par les courants d'induction. Les muscles répondent à peine lorsque les réophores sont appliqués sur l'avant-bras; ils relèvent sensiblement la main et les doigts lorsque les réophores sont appliqués, l'un sur l'avant-bras, l'autre sur le radial, ou le cubital ou le médian. Jusqu'au 8 février, nous continuons à faire chaque matin une séance de faradisation; mais il n'y a qu'une légère amélioration; le malade ne peut arriver à fermer complétement les doigts, et l'amaigrissement des muscles de l'avant-bras ne semble pas arrêté.

Le 12 février, j'applique un courant descendant produit par deux couples de la pile Callot-Trouvé. Le pôle positif est appliqué au haut du bras, le pôle zinc ou négatif à la partie inférieure de l'avant-bras; l'application a lieu au moyen d'une plaque de cuivre d'un diamètre de 8 centimètres environ, posée sur quelques compresses mouillées. Le tout, recouvert d'un morceau de taffetas gommé, est retenu en place par quelques tours de bande. Dès le deuxième jour, tout empâtement a disparu au poignet, la raideur articulaire a diminué; le malade ferme les doigts et relève la main.

Jusqu'au 1er mars, deux éléments ont été constamment appliqués, sauf pendant une demi-journée le jeudi et le dimanche. Deux ou trois fois, en déplaçant l'appareil pour humecter les compresses, le malade a laissé l'un des réophores toucher la peau, ce qui a permis, par électrolyse, la formation de petites eschares superficielles.

Le 6 mars, le malade demande à sortir; il se juge complétement guéri. Cependant si l'intégrité des mouvements est revenue, il reste encore un peu d'atrophie, qu'une plus longue application des courants eût fait disparaître. Bien que les muscles de l'avant-bras aient repris depuis les derniers quinze jours une grande partie de leur

volume, tout le membre supérieur droit est plus maigre, plus flasque que le gauche, et la différence se remarque également pour les muscles des éminences thénar et hypothénar. La force dans les mouvements du poignet et des doigts est moins grande du côté malade, mais le malade, qui apprécie peu ces différences, se juge tout à fait guéri, et veut aller reprendre ses occupations. Je ne m'oppose pas à sa sortie, car je suis convaincu par expérience que le travail rendra maintenant aux muscles tout leur volume et toute leur énergie.

Obs. II. — *Contracture avec atrophie des muscles du mollet et de la plante du pied; guérison par les courants continus permanents.*

Le nommé D... (Émile), âgé de 18 ans, entra à l'hôpital Lariboisière le 12 janvier 1872.

Il y a un an, le malade éprouva, sans cause appréciable, une douleur exclusivement limitée à l'articulation tibio-tarsienne droite, mais sans œdème du pied ou du cou-de-pied. Cette douleur disparut spontanément après deux mois. Il y a dix-huit mois environ, la douleur, après avoir cessé à droite, apparaissait à gauche, lorsqu'il se fit une légère entorse du même pied en descendant de voiture. La douleur reparut, mais en arrière et au-dessus du talon, et jamais sur les côtés de l'articulation tibio-tarsienne, ni à la face plantaire, ni au niveau des articulations des orteils avec le métatarse. La douleur resta localisée au-dessus du talon et dans le mollet. Bientôt le malade s'aperçut qu'il marchait difficilement, seulement sur la pointe du pied, et que le talon ne touchait pas le sol. Pendant ces huit mois, le malade vit plusieurs médecins, qui lui prescrivirent des frictions sur le mollet. Ces traitements ne furent suivis d'aucun résultat.

Lors de son entrée à l'hôpital, nous constatons que le malade est atteint d'une notable claudication, le pied ne peut être ramené à l'angle droit avec la jambe. Ces tentatives s'accompagnent d'une vive douleur au talon et dans le mollet, et l'on constate une forte tension des muscles du mollet. Si on appuie sur l'extrémité du métacarpe, on sent l'aponévrose plantaire fortement tendue, indépressible, formant comme une corde saillante, ce qu'on ne trouve pas de l'autre côté. La pression sur le mollet est douloureuse ; tout le membre inférieur gauche est amaigri; la différence entre les deux côtés est de deux centimètres pour la cuisse, de trois centimètres

pour la jambe au niveau du mollet. La peau est plus pâle, moins couverte de poil. Il y a de la claudication et de l'hésitation dans la marche. Le malade monte facilement les escaliers, mais il les descend avec plus de peine. S'il reste quelque temps à genoux, il a de la difficulté à se relever. Il a assez souvent des crampes dans le mollet gauche.

Le 30 janvier, j'applique, de la cuisse au dos du pied, un courant de deux éléments Callot-Trouvé. Dès le lendemain, le malade se sent déjà le mollet moins roide, et en effet il paraît y avoir moins de tension du tendon d'Achille, en même temps qu'un peu plus de facilité dans le mouvement du pied. On ajoute un élément.

Le 8 février, le malade a continué à se sentir amélioré; la roideur a diminué sensiblement. On ajoute un quatrième élément. Il les conserve appliqués jusqu'au 28 février, our et nuit, sauf le jeudi et le dimanche, où il prend une demi-journée de repos et de promenade.

Le 1er mars, comme le précédent malade, son voisin de salle, il se juge guéri et veut absolument retourner dans sa famille. En effet, il n'y a plus de roideur ni de tension quand la marche a lieu au pas ordinaire. Cependant, lorsque le malade court, il sent encore un peu de traction sur le talon ; la flexion est un peu plus limitée que du côté sain. Le membre gauche, au lieu d'être contracturé, comme au début, est un peu plus flasque que le membre droit, surtout quand le malade est au lit. La contraction des muscles du mollet est aujourd'hui tout à fait volontaire. Si le malade, étant debout, relâche ses muscles, on ne sent aucune différence entre le côté gauche et le côté droit. Le pied porte dans toute sa longueur, et le talon appuie sur le sol. La différence entre les deux membres n'est plus que d'un demi-centimètre, aussi bien pour la cuisse que pour la jambe.

Ce n'était point la première fois que j'appliquais les courants contenus faibles, mais permanents, au traitement des paralysies musculaires. Je vous ai déjà entretenus d'un malade que j'ai guéri ainsi à l'hôpital Cochin, en 1869, d'une paralysie complète de la sensibilité et du mouvement dans tout le membre supérieur gauche, paralysie survenue à la suite d'une luxation de l'épaule. Je rappellerai brièvement cette observation :

Le nommé C..., âgé de 36 ans, casseur de pierres, fit une chute sur le côté gauche. Il ne put se relever et resta un jour et une nuit sur le lieu de la chute. Relevé par un passant, il put regagner

son domicile, et c'est à ce moment seulement qu'il s'aperçut de l'impossibilité où il était de faire usage du bras gauche, lequel pendait inerte le long du corps. Rentré chez lui, il fut pris d'une fièvre, accompagnée de délire, qui dura une vingtaine de jours. Pendant sa convalescence, il attira l'attention de son médecin sur la lésion du membre. On constata une luxation de l'épaule, qui fut réduite vers le milieu de décembre. Lorsqu'après quinze jours on retira le bras de l'écharpe qui le maintenait fléchi, on s'aperçut de la persistance de la paralysie. Le malade fut envoyé à Paris le 26 janvier. Lors de l'entrée à l'hôpital, nous pûmes constater les faits suivants :

Le bras gauche pend inerte le long du corps; la tête de l'humérus paraît un peu plus saillante et plus élevée que du côté droit; le deltoïde est atrophié, ainsi que le biceps, ce qui donne au membre la forme d'un cylindre renflé au niveau du coude. L'avant-bras présente à peu près sa forme normale. La main est tuméfiée, les doigts ont une forme cylindrique et un aspect luisant, par suite de la disparition des plis de flexion. Toute la peau du membre paralysé est plus sèche que celle du côté sain; elle présente une couche assez épaisse d'écailles épidermiques, elle a, en outre, perdu de son élasticité, et ne glisse pas facilement sur les tissus sous-jacents. Tout mouvement du bras, de l'avant-bras et des doigts est impossible. L'attouchement de la peau du bras est très-douloureux, mais, sur tout l'avant-bras et toute la main, le contact, le pincement, la piqûre ne sont pas sentis.

L'application d'un énergique courant d'induction ne suscite aucun mouvement appréciable dans le deltoïde et les muscles du bras. Je crus pouvoir attribuer cette absence d'excitabilité à une tranformation graisseuse déjà assez avancée des fibres musculaires. J'avais lieu de croire à l'inutilité de tout traitement; cependant, sachant que *les courants électriques continus agissent non comme les courants interrompus, en faisant faire en quelque sorte de la gymnastique aux muscles, mais en modifiant la nutrition des parties,* je songeai d'autant mieux à y avoir recours, que je m'occupais à cette époque de cette question, au point de vue de la résorption des tumeurs.

Je fis usage de quatre éléments de moyen modèle de la pile de Marié-Davy, au proto-sulfate de mercure. L'un des électrodes est appliqué sur le bras, l'autre sur l'avant-bras; mais les plaques de cuivre sont séparées de la peau par une compresse trempée dans l'eau. Malgré cette précaution, le malade ayant quelquefois dérangé

son appareil, de telle facon que les électrodes de cuivre portaient directement sur la peau, trois ou quatre petites eschares, de la largeur de 4 à 6 millimètres, se formèrent sur l'avant-bras. Le nombre des éléments est, dès les premiers jours, réduit à trois; chaque séance d'application du courant est, en moyenne, de quatre heures.

Pendant plus de quinze jours, on n'observe aucun changement; vers les derniers jours de février, la sensibilité de la peau a reparu sur la partie supérieure de l'avant-bras. Au commencement de mars, on remarque sur la face postérieure de la main, au niveau du carpe, une tumeur arrondie d'environ 2 centimètres de diamètre, dure, résistante, paraissant réunir les tendons de l'extenseur commun des doigts, et semblable à celles qu'on rencontre quelquefois dans certaines paralysies saturnines.

22 mars. — L'amélioration qui s'est manifestée depuis quelques semaines se prononce chaque jour davantage. Le chatouillement, même le plus léger, est perçu dans toute l'étendue du bras. Le contact de l'ongle effleurant la peau est senti dans toute la hauteur de l'avant-bras; mais, à 7 centimètres au-dessus du poignet, la sensibilité cesse brusquement, et toute la main est complétement insensible. Dans cette partie inférieure de l'avant-bras, insensible à l'attouchement, la pression est perçue et la piqûre de la peau avec une épingle ne donne d'autre sensation que celle d'une pression simple.

Le froid et la chaleur sont perçus dans les mêmes régions et la même proportion que les attouchements. Les muscles de l'épaule obéissent à la volonté; le malade lève le bras horizontalement; mais s'il dépasse ce niveau, l'avant-bras, obéissant à la pesanteur, se tourne dans la pronation, se fléchit, retombe et viendrait frapper la figure du malade s'il ne se garantissait avec l'autre main.

La peau est redevenue souple; elle n'est plus écailleuse; les doigts ont repris leur forme.

Le 4 avril, la sensibilité descend jusqu'au poignet; l'avant-bras ne retombe plus par son propre poids; le malade commence à pouvoir à volonté le fléchir ou l'étendre. Le nombre des éléments est porté à cinq. Je crois inutile de m'étendre sur le détail de la réapparition des mouvements et de la sensibilité. Le progrès était continu, mais toujours la sensibilité reparaissait avant la motricité. Au 25 juin, la guérison n'était plus douteuse, mais elle n'était pas absolument complète. Les doigts avaient recouvré la sensibilité, mais les mouvements étaient encore difficiles et sans force. Quant

au bras et à l'avant-bras, ils avaient repris leur force et leur volume. Le malade, autorisé à sortir dans la journée pour faire quelques démarches à l'effet de trouver une place, nous fut ramené à deux heures du matin dans un état complet d'ivresse. N'admettant point l'indulgence pour l'ivrognerie, je dus à regret le renvoyer incomplétement guéri ; mais je ne doutai point que la guérison, déjà presque complète, ne se complétât d'elle-même par l'exercice. En effet, une lettre que m'adressa le malade, le 24 décembre, m'apprit que la sensibilité et le mouvement avaient complétement reparu dans tout le membre ; seulement, il y restait une plus grande susceptibilité à ressentir les effets du froid, et le malade devait se protéger la main avec un gant.

J'appliquai le même mode de traitement à un autre malade atteint de paralysie du deltoïde, suite de contusion. Le malade, âgé de 33 ans, terrassier, resta en traitement pendant deux mois. Le deltoïde était non-seulement paralysé, mais atrophié lors de l'entrée du blessé à l'hôpital, le 21 février 1870; lors de son départ, le 19 avril, la guérison était complète.

Un autre malade, âgé de 43 ans, était entré dans mon service, le 18 août 1869, pour une fracture de la colonne vertébrale dans la région lombo-dorsale, suivie de paralysie des membres inférieurs. La paralysie de la jambe droite fut de courte durée; mais, du côté gauche, elle continuait à être complète au mois d'octobre suivant. Je soumis alors le blessé aux courants faibles et permanents. La sensibilité, puis la motricité reparurent successivement de la racine à l'extrémité du membre; ils tardèrent beaucoup à se montrer dans les orteils, et ne revinrent que vers le mois d'avril 1870.

Les résultats que m'avaient donnés les courants continus, faibles et permanents, avaient été assez remarquables pour m'engager à faire appliquer à demeure, sur une des parois de la salle, des fils conducteurs, qui me facilitaient l'emploi de l'électricité sans déplacement de la pile ; car j'employais également les courants continus pour chercher la guérison par absorption de certaines tumeurs. Je ne puis encore aujourd'hui vous entretenir de ce sujet, mais je dois maintenant vous exposer les motifs qui, depuis 1865 et surtout depuis 1869, m'ont fait appliquer les courants faibles et permanents à la guérison des paralysies et de quelques lésions de nutrition.

Dès la découverte de l'électricité, on essaya fort empiriquement

l'action curative des décharges électriques dans le traitement de maladies fort diverses. On employa surtout l'étincelle produite par la machine ou par la bouteille de Leyde. En 1801, Hallé, professeur à la Faculté de médecine de Paris, se servit d'une pile de Volta, formée de cinquante couples argent et zinc, pour traiter une paralysie faciale. Hallé cherchait à obtenir des contractions musculaires; les étincelles électriques provenant d'une machine n'amenaient qu'un peu de rougeur à la peau, l'emploi de la bouteille de Leyde produisait quelques légères contractions, le courant continu de la pile de Volta, appliqué pendant cinq minutes, avait produit des contractions beaucoup plus fortes. La guérison fut-elle obtenue? l'observation se tait à cet égard; mais il est intéressant de noter cette tentative d'application des courants continus, tentative qui ne devait se renouveler d'une manière suivie et régulière que près d'un demi-siècle plus tard.

La difficulté de se procurer une source suffisante d'électricité avait fait abandonner l'emploi thérapeutique de cet agent, lorsque la découverte des courants d'induction, faite par Faraday en 1832, permit de recourir facilement à l'électricité dans le traitement des paralysies musculaires. Il n'est pas besoin, messieurs, de vous rappeler les nombreux et magnifiques travaux de M. Duchenne (de Boulogne) sur l'électrisation localisée et la faradisation.

Qu'on détermine la formation d'un courant induit en faisant passer le courant d'une pile à travers un fil inducteur ou en faisant tourner devant un aimant un morceau de fer doux, tous deux recourbés et entourés d'un fil destiné à recevoir le courant d'induction, les courants, *tels qu'ils sont produits dans les appareils usités dans la pratique médicale,* ne procèdent que par secousses plus ou moins rapprochées; ils ne paraissent avoir d'autre action que de provoquer des contractions musculaires, et l'on ne saurait songer à employer utilement le courant inducteur pour obtenir des effets chimiques d'une certaine durée.

Les courants d'induction, qu'on peut appeler aussi courants interrompus, ont aussi pour propriété particulière de provoquer dans les muscles au niveau desquels on les applique, ou dans les muscles animés par le nerf sur lequel on dirige les réophores, des contractions permanentes et en quelque sorte tétaniques; mais il faut ou, pour être moins exclusif je dirai, il semble qu'il faille, pour obtenir ces contractions, que le muscle ait conservé son intégrité en tant que machine motrice. Si un défaut d'exercice, un commencement d'altération dans la nutrition du muscle ont amené l'*atro-*

phie simple de ce muscle et des éléments qui le composent, si les faisceaux musculaires ont perdu seulement une partie de leur volume, si leur couleur, si leur striation est moins marquée, mais si les éléments anatomiques qui le composent sont en définitive conservés, les courants d'induction peuvent encore y susciter des contractions; mais si les éléments anatomiques sont altérés, s'il y a dégénérescence graisseuse, les courants d'induction sont impuissants.

Il semble que ce fut d'abord un peu empiriquement que Remak chercha quel serait l'effet, sur la contractilité musculaire, de l'application de courants produits par une pile composée d'éléments plus ou moins nombreux. Il obtint des contractions à l'ouverture et à la fermeture du courant; il obtint même des contractions toniques en faisant passer, par un tronc nerveux, un courant très fort et d'une application douloureuse. Or Remak, et après lui tous les expérimentateurs, constatèrent que dans plusieurs circonstances encore mal définies, on obtient, par les courants continus de la pile, des contractions musculaires alors que les courants d'induction n'en produisent aucune ou n'en produisent que de très-incomplètes. Il y a plus; on obtient parfois, dans des muscles paralysés, des contractions assez fortes avec un courant continu, alors que du côté sain l'application du même courant ne réveille aucune contraction; et M. Duchenne (de Boulogne) a signalé depuis longtemps des cas de paralysie traumatique dans lesquels les muscles qui se contractaient légèrement par l'influence de la volonté ne se contractaient pas sous l'influence des courants induits.

Je n'ai point à m'étendre sur le parallèle des courants induits et des courants directs de la pile, c'est sur un autre point que porte ma communication. Je me borne à rappeler que les contractions musculaires peuvent être obtenues par les courants continus dans certaines circonstances où les courants induits, c'est-à-dire ceux produits par les appareils à induction, ne peuvent en produire aucune. C'est pour obtenir ces contractions que Remak, Hiffelsheim, Erb, Hitzig, Legros et Onimus employèrent longtemps les courants continus, et lorsque plus tard on reconnut l'influence incontestable des courants de la pile sur la nutrition, on crut encore nécessaire d'employer des piles à forte tension pour vaincre la résistance que les téguments opposent au passage du courant et le faire pénétrer jusqu'au muscle. Or, comme la tension ne s'obtient qu'en employant un grand nombre d'éléments, et comme, d'autre part, les expériences de Legros et Onimus confirmant les

idées proposées par Remak montrent qu'il faut employer des piles à assez grande surface, mais à action chimique assez faible, on a été amené à se servir d'appareils fort coûteux et très-difficilement transportables, ou transportables, mais formés alors de petits éléments à action électro-chimique assez énergique. Courants puissants appliqués pendant quelques minutes ou du moins pendant de courtes séances, telle est encore la pratique actuelle. Elle est trop connue pour qu'il soit besoin de m'étendre davantage sur ce point. Or, messieurs, et c'est là le sujet principal de cette communication, à côté de ces deux façons d'appliquer l'électricité, il en est une troisième ayant ou me paraissant susceptible d'avoir un vaste champ à explorer dans le domaine de la thérapeutique : c'est l'emploi de faibles courants appliqués d'une manière à peu près permanente.

Lorsqu'un muscle est privé de son innervation, il s'atrophie ; puis il dégénère et subit ce qu'on a appelé l'atrophie graisseuse. L'électricité peut intervenir pour empêcher cette atrophie en faisant faire artificiellement au muscle des mouvements que la volonté est impuissante à susciter. Pour obtenir ces contractions, les courants interrompus, c'est à-dire la faradisation, ont, dans la grande majorité des cas, une grande puissance, et ils sont souvent, très-souvent même, supérieurs aux courants continus.

Mais dans un certain nombre de cas qu'il est impossible de prévoir, malgré les travaux et les expériences de Ziemssen, Erb, Onimus, Robin, les courants continus seuls peuvent amener des contractions dans les muscles soustraits ou réfractaires à l'influence de la volonté, et ces contractions qui préviendront l'atrophie et la dégénérescence ne peuvent être obtenus qu'avec des courants ayant une forte tension, produits par conséquent par des piles formés d'assez nombreux éléments.

Là ne s'arrête pas encore l'influence des courants continus; ils agissent d'une manière incontestable sur la nutrition et peuvent non-seulement prévenir, par les mouvements qu'ils déterminent dans les muscles, mais encore arrêter et même guérir l'atrophie graisseuse des fibres musculaires, provoquer et aider ce travail de reproduction si bien étudié histologiquement par M. Hayem.

Or, avant que l'expérience ait démontré cette influence, il m'a semblé que puisque les courants électriques d'induction et galvaniques agissaient sur le muscle par l'intermédiaire du nerf, ils pourraient bien aussi, en excitant l'action du nerf, agir sur tous les phénomènes qui sont d'une manière médiate sous l'influence de

l'innervation, c'est-à-dire sur la calorification, la nutrition et même le fonctionnement des organes; mais il m'a semblé aussi que pour venir en aide à l'action nerveuse sans crainte de la perturber violemment, il fallait employer de faibles courants, et que, de plus, les actions nutritives étant continues, il fallait agir non par courtes séances, mais d'une manière en quelque sorte permanente. Mes premières tentatives remontent à 1865, un peu avant l'arrivée de Remak. J'avais à cette époque dans mon service temporaire à la Charité, où je remplaçais M. Denonvilliers, une malade atteinte de diabète. En raison d'idées personnelles sur les fonctions du foie et le diabète, idées sommairement exposées dans la *Gazette hebdomadaire* (1862), et que j'exposerai plus explicitement dans quelques années, j'appliquai le pôle positif de deux éléments de Daniel à la base du cou et le pôle négatif sur la région du foie. L'appareil n'était appliqué que pour 24 heures et à des jours irrégulièrement espacés. L'urine était analysée chaque jour par M. Fordos, pharmacien en chef de l'hôpital. Lorsque je faisais passer le courant, la quantité d'urine rendue en 24 heures s'abaissait de six litres en moyenne à un litre, la soif diminuait dans la même proportion et la quantité de sucre rendue dans cet intervalle diminuait également des quatre cinquièmes ou des cinq sixièmes. Mon départ de l'hôpital me força à interrompre l'expérience, que je ne pus mener jusqu'à la guérison et que je n'eus plus depuis l'occasion de reprendre. Elle ne me laissait du moins aucun doute sur l'influence d'un courant faible continu.

Cette faiblesse du courant, son peu de tension semblent le rendre incapable de traverser les tissus et d'influencer les parties profondes. C'est là l'objection qui se présente de suite lorsqu'on n'a égard qu'aux phénomènes électriques observés dans les corps ou à la surface des corps inorganiques; aussi, lorsqu'il y a quelques années je proposai devant la Société de chirurgie d'appliquer un large électrode recouvrant une compresse mouillée, sur un anévrysme sacciforme de l'aorte faisant saillie à l'extérieur, et de tenter dans ce cas, au-dessus de toutes les ressources de la thérapeutique, l'emploi d'un courant continu, plusieurs de nos collègues, ayant en vue les phénomènes physiques, mais méconnaissant les phénomènes vitaux produits par l'électricité, objectèrent que le courant passerait par la peau et même par la surface de la peau, mais ne ferait pas sentir son influence sur l'anévrysme.

C'est en vertu des mêmes idées que l'on emploie des courants à forte tension, dans la conviction que c'est seulement ainsi qu'on

peut espérer pénétrer profondément. Ce sont ces idées que je viens rectifier avec les faits, en montrant qu'un très-faible courant a une action incontestable sur l'organisme, alors même qu'il ne paraît pas agir sur un galvanomètre de sensibilité moyenne.

On est bien obligé d'admettre aujourd'hui qu'un courant continu énergique traverse les téguments et peut influencer les muscles et les nerfs, et MM. Onimus et Robin ont montré de plus qu'un pareil courant non-seulement ne se propage pas en droite ligne d'un réophore à l'autre, mais qu'il détermine au sein des tissus la formation de courants dérivés, lesquels ne se produisent pas avec les courants d'induction ou courants interrompus. Mais, si ces effet, peuvent être produits, si la résistance au passage de l'électricité peut être vaincue avec des piles à forte tension, avec des appareils composés de 20, 30, 40 éléments peut-on espérer les obtenir lorsqu'on n'emploie que deux ou trois couples d'une pile de Callot? Telle ne paraît pas être l'opinion de M. Onimus, auquel ses beaux travaux sur l'électricité médicale donnent une légitime autorité en pareille matière. Le hasard m'ayant fait me rencontrer avec M. Onimus lorsque je priai M. Trouvé de m'envoyer à Lariboisière les quatre éléments dont je désirais me servir pour les deux malades que je vous ai présentés, notre confrère émit plus que des doutes sur la possibilité d'obtenir un effet quelconque par un pareil moyen, et je crois que, sans son extrême urbanité, il eût émis sur ma tentative une opinion plus défavorable encore. Heureusement j'avais, pour ranimer ma confiance, l'expérience du passé, et ces deux nouveaux succès viennent encore la confirmer.

Cependant, en vertu du proverbe : *Post hoc, ergo propter hoc*, on pourrait dire que la guérison de ces malades a pu être le résultat d'une simple coïncidence et que cela ne prouve pas que le courant traverse les organes et influence leur nutrition. En effet, un galvanomètre ordinaire indique à peine ou même n'indique pas le passage du courant lorsque les réophores sont appliqués à une assez grande distance, l'un par exemple à l'épaule et l'autre au poignet, et lorsqu'on n'emploie qu'un ou deux éléments. Malheureusement pour l'objection, il peut se produire accidentellement, et l'on peut produire à volonté des effets matériels qui ne laissent aucun doute sur l'action électrique. J'applique toujours au-dessous des réophores une compresse mouillée; or, lorsque le malade, s'étant débarrassé de son appareil pour se lever, le réappliquait lui-même sans précaution et laissait un des points de la surface métallique en contact direct avec la peau, on était sûr, en pareil cas, qu'il se produirait

une eschare, et j'ai dû me prémunir contre la possibilité de cet accident, en enfermant les réophores dans de petits sacs de linge. Je ne suis même pas certain que par de longues séances, avec de trop nombreux éléments, on n'arriverait pas au même résultat, malgré l'interposition d'une compresse mouillée.

Les courants faibles produits par un ou deux éléments de Callot de moyenne grandeur agissent; cela est aujourd'hui hors de doute. Ils n'amènent pas de contraction musculaire, et ils n'amènent même pas de douleur au moyen de la fermeture ou de la rupture du circuit; mais ils agissent sur les muscles paralysés et atrophiés, en modifiant leur nutrition, en leur rendant leur volume, leur motilité et leur énergie d'action, et c'est aussi en modifiant la nutrition qu'ils amènent la guérison des contractures.

Comment cette action s'exerce-t-elle? Quel est le mécanisme des phénomènes? Nous sommes ici en pleine hypothèse; mais l'esprit humain est tellement porté à rechercher les causes et à vouloir, malgré tout, une explication même insuffisante des faits qu'il observe, que je suis bien forcé de faire aussi une courte excursion dans les nuages de la théorie. Chose assez singulière, MM. Legros et Onimus, tout en préconisant l'usage des courants énergiques, attribuent au passage de ce courant une sorte d'action catalitique sur les parties même éloignées. « Il faut, disent-ils (page 80), pour électriser directement les nerfs, employer des courants à haute tension et, comme nous l'indiquerons tout à l'heure, rapprocher le plus possible les nerfs des électrodes. Mais, hâtons-nous de le dire, *le nerf vivant* n'est pas un conducteur ordinaire. Ses propriétés physiques le rendent, il est vrai, mauvais conducteur de l'électricité; ses propriétés vitales, au contraire, le rendent très-sensible aux phénomènes électriques. Il n'a pas besoin d'être traversé dans toute sa longueur par le courant pour réagir et pour être influencé par l'électricité, il lui suffit, pour cela, d'être traversé en un point, *ou peut-être même d'être rapproché d'un courant électrique. Il possède presque la sensibilité et les propriétés de l'aiguille aimantée,* comme semble le prouver la sensibilité de la grenouille dite galvanoscopique. »

J'accepte pleinement, pour ma part, le rapprochement fait par les auteurs du *Traité d'électricité médicale*; en effet, ne pourrait-on pas admettre que l'action du courant faible et permanent d'une ou deux piles de Daniel ou de Callot pût influencer les courants électriques naturels développés au sein de nos tissus, courants qui paraissent naître sous l'influence de la nutrition?

En 1838, étudiant la structure des poissons électriques (journal *le Progrès*), M. Gavarret disait : « Les appareils électriques peuvent être ramenés à un même type fondamental. Partout, en effet, nous avons rencontré des lamelles organiques très-multipliées, très-minces, gorgées de liquides, accolées de manière à former une batterie ou une pile membraneuse. Ces assemblages de membranes s'éloignent sans doute beaucoup des piles ordinaires composées de liquides et de lames métalliques associées dans un ordre déterminé, et dans lesquelles le courant électrique est produit par l'action chimique des liquides sur les métaux; cependant il ne faudrait pas attacher une trop grande importance à ces différences de composition..... Par une série d'expériences très-remarquables, L. Foucault a démontré qu'on peut former des piles sans métal, à grand nombre d'éléments, avec tous les liquides conducteurs qui ne se précipitent pas les uns les autres. »

Depuis l'époque où M. Gavarret écrivait ces lignes, et dans ces dernières années, M. Becquerel a montré que, si l'on sépare par une membrane organique ou par des tubes capillaires deux dissolutions conductrices de l'électricité, on constitue un circuit électro-chimique pouvant donner lieu à des effets chimiques. Cette disposition se retrouve presque partout dans l'organisme, et il existe dans le corps un nombre incalculable de couples électro-capillaires donnant lieu, dans le même tissu, à des courants qui agissent sans interruption pendant la vie et quelque temps après la mort (Onimus et Legros, p. 119). Les parois des tissus qui servent d'électrodes aux couples électro-capillaires sont elles-mêmes soumises aux actions électro-chimiques; elles éprouvent donc des effets de décomposition et de recomposition, et les principes élémentaires des organes sont ainsi renouvelés. Tout échange de matière au sein de nos tissus, toute combinaison chimique engendre un courant électrique; et, sans tomber dans l'exagération, sans faire jouer à l'électricité un rôle prédominant, en l'envisageant non comme résultat, mais comme cause des phénomènes nutritifs, on ne peut mettre en doute l'influence des courants électriques continus sur la nutrition, même lorsque ces courants ont peu d'intensité; on ne peut surtout mettre en doute le passage du courant, puisque, ainsi que je l'ai dit plus haut, des eschares se forment près des réophores métalliques lorsqu'on les applique directement, et alors même que le galvanomètre indique à peine le passage de l'électricité.

Si les courants d'induction ont une action incontestable sur les

paralysies musculaires avec ou sans atrophie simple des muscles, ils sont sans action sur les contractures, et même leur emploi ne saurait guère être que nuisible, à moins, comme l'a fait M. Duchenne, qu'on n'applique la faradisation aux muscles antagonistes et non aux muscles contracturés. Au contraire, les courants continus ont une action incontestable et favorable sur ces contractures. Lorsque Remak vint à Paris, en 1865, il fit, à l'hôpital de la Charité, des expériences extrêmement intéressantes. Parmi les malades qui lui furent confiés, se trouvait un homme qui ne pouvait lever le bras, par suite, comme on le croyait, d'une paralysie du deltoïde. Remak montra que l'impossibilité des mouvements tenait à une contracture du grand pectoral et annonça qu'il la ferait rapidement cesser par l'application du courant constant. En effet, après deux applications de quelques minutes, le malade était guéri. M. Onimus cite, dans son livre, un cas semblable tiré de sa pratique personnelle, et plusieurs autres exemples moins remarquables par la rapidité du résultat, mais également probants sous le rapport de la guérison. L'action sédative des courants continus reconnue par Remak, et prouvée depuis par la plupart des observateurs, demande des courants faibles et assez longtemps continués. Mais on peut entendre d'une manière fort différente ce qu'il faut entendre par ces mots. Pour moi, un courant faible est produit par deux ou trois éléments. M. Onimus, qui recommande les courants de peu d'énergie, employa, dans les observations auxquelles je viens de faire allusion, dans un cas, trente éléments; dans un autre, quarante. Il faut aussi s'entendre sur ce qu'il faut appeler une longue durée de l'application des courants. Remack se servait de ce qu'il appelait *un courant au repos* lorsqu'il laissait les réophores immobiles pendant les quelques minutes que durait la séance. M. Onimus prolonge rarement l'application au delà d'un quart d'heure. Il y a loin, comme on le voit, de ce mode d'emploi à la permanence du courant maintenu pendant douze heures consécutives et parfois pendant plusieurs jours. Il ne s'agit pas du tout d'une simple question de durée ou de l'emploi d'un nombre plus ou moins grands d'éléments ; il y a une action différente à produire, des effets différents à obtenir.

En résumé, les courants d'induction, tels qu'on les obtient avec l'appareil de M. Duchenne (de Boulogne) et tous les autres appareils en usage en médecine paraissent être surtout utiles en suscitant artificiellement des mouvements dans des muscles que la volonté serait impuissante à faire se contracter. Ils préviennent l'a-

trophie simple, peuvent même prévenir l'atrophie graisseuse, mettent le muscle en état de pouvoir obéir plus tard aux ordres de la volonté lorsqu'il y aura eu régénération des éléments nouveaux altérés ou détruits. C'est par cette sorte de gymnastique fibrillaire qu'ils agissent sur la nutrition du muscle. Peut-être même, par l'excitation qu'ils déterminent, peuvent-ils réveiller l'action nerveuse.

Mais il est des cas dans lesquels ces contractions ne peuvent être réveillées par les courants induits, tandis que les courants continus les déterminent. Les conditions anatomiques et physiologiques des phénomènes sont encore enveloppées de beaucoup d'obscurité; mais, en définitive, on comprend que les courants, n'eussent-ils qu'une action mécanique (la gymnastique musculaire), seront utiles de la même façon que les courants induits, et qu'ils devront être employés à leur défaut, puisque ces courants induits sont sans action. Or, pour obtenir les contractions, on ne peut faire usage que des courants à forte tension produits par des piles à nombreux élements, tels que les employa Remak, tels que les emploient M. Onimus et Legros.

Les courants continus, même énergiques, ont une action marquée sur la nutrition, une action qui paraît directe et qui se traduit par un arrêt de la dégénérescence graisseuse par la reproduction plus rapide des éléments anatomiques, par une accélération du mouvement de résorption et de recomposition des tissus.

L'action sédative des courants continus, importante contre les névralgies, est des plus remarquables contre les contractions musculaires. Les courants induits sont au contraire plus nuisibles qu'utiles. Or, dans les cas où il faut agir sur la nutrition, c'est-à-dire sur les phénomènes continus, incessants mais lents, il m'a semblé qu'il y aurait peut-être avantage à employer des courants faibles et permanents. L'expérience a justifié mes prévisions pour ce qui regarde les paralysies et les contractures. Serai-je aussi heureux pour ce qui regarde des phénomènes purement nutritifs? Je l'ignore. J'ai commencé des tentatives analogues contre les opacités cristalliniennes, l'atrophie des membranes oculaires, et il est évident que dans ces cas on ne pourrait employer des courants énergiques.

Scientifiquement, bien qu'il soit prématuré de poser des indications précises sur un sujet encore à l'étude, je crois pouvoir dire : Dans les paralysies incomplètes, lorsque le courant induit peut amener des contractions musculaires, il faut employer les courants induits ou interrompus.

Dans les paralysies incomplètes, surtout s'il y a commencement d'atrophie et dans les paralysies complètes dans lesquelles le courant seul réveille des contractions, il faut employer le courant continu et se servir de nombreux éléments lorsque l'on veut obtenir des contractions immédiates.

Mais dans toutes les paralysies avec atrophie simple ou graisseuse, surtout dans les paralysies atrophiques réflexes, consécutives à une contusion ; dans tous les cas où l'on veut agir sur la nutrition du muscle, il faut employer les courants faibles et permanents, ou du moins les courants faibles et longtemps continués. Enfin, dans tous les cas de contracture ou de paralysie avec contracture, il faut employer les courants faibles et permanents.

Il serait imprudent et prématuré de dire que les courants faibles et permanents peuvent être presque toujours substitués aux courants énergiques et temporaires; mais on peut affirmer qu'ils peuvent les remplacer dans un grand nombre de cas, et cela a une grande importance au point de vue de la pratique professionnelle.

Il y a, en effet, un immense avantage à ne pas être astreint à se servir d'appareils coûteux, encombrants et fort peu transportables. L'appareil de Remak coûte plusieurs centaines de francs, et est, on peut le dire, intransportable.

Les appareils dans lesquels les éléments ont une certaine surface ont les mêmes inconvénients. La pile au chlorure d'argent de Gaiffe est exempte de ce reproche, mais elle est passible d'un autre assez sérieux, la petite dimension et, par conséquent, la grande force électro-chimique des éléments qui la composent.

Quel que soit l'appareil, le médecin ne peut guère en imposer la dépense au malade, il doit donc le transporter partout avec lui et ne procéder que par séances plus ou moins longues. Ces difficultés d'application expliquent comment l'emploi des courants continus ne s'est pas davantage vulgarisé.

Avec les courants faibles et permanents, il faut deux ou trois éléments de Callot, deux ou trois mètres de fil de cuivre recouvert de gutta-percha et un fragment de métal quelconque (ne serait-ce qu'un débris de boîtes de conserves), c'est-à-dire une dépense de cinq francs au moins, de dix au plus, et il est peu de malades qui ne puissent la supporter, quelque peu fortuné que soit le milieu où l'on exerce. Ces considérations pécuniaires peuvent être peu scientifiques, mais elles sont du moins d'une grande importance pratique.

Malgré la faiblesse du courant, il faut avoir soin que les conducteurs métalliques ne touchent pas la peau, car on pourrait déter-

miner la formation d'eschares superficielles. Mais nous pouvons ajouter, par contre, aux avantages de ces courants, la facilité de s'en servir pour détruire les tumeurs par électrolyse. La faible intensité du courant exempte même le malade des secousses douloureuses qu'il éprouve avec les appareils plus énergiques quand on ferme et quand on rompt le circuit.

Un mot, en terminant, sur la pile à employer. Je me suis servi de piles de Callot, légèrement, mais utilement modifiées par M. Trouvé. Elle se compose d'un vase au fond duquel se trouve un fil de cuivre rouge enroulé en spirale et s'élevant au milieu du liquide sous la protection d'un tube de verre qui l'isole. A la partie supérieure se trouve un cercle de zinc. La pile, qui n'a aucun vase poreux, se charge en remplissant le vase avec de l'eau et en y jetant quelques cristaux de sulfate de cuivre, qu'on remplace au fur et à mesure de l'usure. Très-facile à entretenir, elle est très-constante et n'a qu'un seul inconvénient, qui n'est pas grave, puisqu'elle peut rester en permanence auprès du lit du malade. Une fois chargée, elle n'est pas transportable, car un mouvement brusque, en mélangeant la dissolution du sulfate de cuivre qui est au fond du vase à la couche d'eau qui la surmonte, forcerait à recharger la pile. Lorsqu'on veut la décharger pour la transporter, il suffit de décanter la couche liquide supérieure et de vider dans une bouteille la solution de sulfate de cuivre, qui peut indéfiniment resservir en y ajoutant de nouveaux cristaux.

M. GIRAUD-TEULON. A propos de la communication que vous venez d'entendre, nous avons réuni 42 observations, dont quelques-unes extrêmement remarquables, et dont nous allons donner ici les résultats, d'application de courants *continus* et *constants* : la *continuité* se rapportant à la suppression, dans la mesure du possible, des intermittences; la *constance* se rapportant à la non-oscillation, toujours dans la mesure du possible, des intensités et quantités de courants employés pendant les cinq minutes de leur application.

Le nombre des éléments employés était de 8: 16. Pile de Remak; larges éléments avec interposition de disques résistants propres à retarder et par conséquent à égaliser les courants.

Ces observations comprennent :

Paralysies musculaires des yeux. Sur 32 cas :

Succès concluants..........	15
Demi-succès..............	9
Insuccès complets..	8

Contractures, cinq cas : cinq succès ;

Opacités vitrées, cinq cas : quatre succès.

(M. Giraud-Teulon cite un fait où, après huit séances, il a été possible de distinguer le fond de l'œil, ce qui était impossible au moment où le traitement a été entrepris.)

Nous avons, dans cette dernière catégorie, à noter un insuccès complet, mais deux succès nouveaux dans un cas de paralysie et un cas de blépharo-spasme.

En établissant ces traitements ou plutôt ces recherches, nous n'avons pas eu la pensée d'entreprendre des études nouvelles et précises en matière électro-physiologique; notre unique objet était la guérison des malades en répétant, le plus exactement possible, les essais publiés et qui nous avaient paru encourageants.

Les principes qui ont dirigé nos premières tentatives dans les paralysies musculaires des yeux sont empruntés à Remak et à son imitateur Benedict (de Vienne). Des résultats heureux avaient été annoncés par ces auteurs à la suite de l'application des courants *labiles* sur les régions paralysées : cette action des courants continus à rares intermittences était supposée de la nature des sollicitations appliquées à des parties sensibles et agissant de façon réflexe sur les nerfs moteurs de ladite région.

Le second principe introduisait l'usage des courants continus, eu égard à leur propriété assez généralement admise par les expérimentateurs, de ne point laisser, comme les courants à intermittences rapides, les muscles dans l'état d'épuisement, mais de les disposer au contraire à répondre aisément tant aux irritations inductives qu'aux ordres de la volonté.

C'est même cette dernière manière de voir qui l'a emporté finalement dans notre conduite; et pour les trois derniers quarts de nos observations, les courants ont été maintenus d'une façon stable (*stabile*) sur les trajets indiqués par le chemin du nerf paralysé.

Dans les cas de paralysie, nous employions le courant *ascendant* ou *inverse*, celui que Duboys-Reymond et Cl. Bernard considéraient de même sens que *l'électrotonus physiologique*.

Dans les cas considérés comme des contractions, c'est le sens opposé que nous avons suivi, toujours dans les mêmes idées.

Dans ces applications néanmoins, il nous a été donné de vérifier plusieurs fois le principe formulé par Remak, à savoir que le courant constant, cessant d'avoir des effets dans un sens donné, en manifestait, au contraire, en renversant le sens du courant.

Au point de vue électrolytique, cette vue de Remak et de Chau-

veau que, dans des liquides peu décomposables, le courant *transporte* lui-même du pôle + au pôle — le liquide qu'il traverse, nous a paru se réaliser dans l'action remarquable que démontrent les quatre observations relatives à la clarification si prompte et si remarquable des corps vitrés troublés.

Nous ajouterions ici, si nous en avions pu retrouver les notes, une observation très-positive d'action des courants continus appliqués dans un cas de névro-rétinite aiguë. Cette application conduite, à notre demande, par M. le docteur Chairou, pendant un mois, amena très-expressément la cessation du processus inflammatoire et le retour de la vision.

Nous n'avons point cherché encore à catégoriser ces faits : le temps ne nous semble pas venu encore d'établir les indications et les contre-indications, non au point de vue du danger, mais du succès. Le diagnostic causal laisse encore trop à désirer, et il est indispensable si l'on veut se fonder sur une base vraiment scientifique.

M. Giraud-Teulon ajoute qu'il ne saurait se prononcer sur la supériorité ou l'infériorité de la durée très-longue de l'application des courants constants sur laquelle insiste M. Le Fort.

M. DUBRUEIL. J'ai traité par les courants constants un malade de M. Verneuil atteint de contracture de la main, que M. Duchenne (de Boulogne) considérait comme une contracture réflexe et que M. Verneuil considérait comme un effet d'une plaie du nerf cubital. Tout avait été employé, lorsque j'eus recours aux courants continus. La main plongeait dans un bain salé où se rendait le pôle négatif; le pôle positif était posé sur l'avant-bras, recouvert d'un linge mouillé. Il y eut une résolution immédiate. Ce malade a fini par guérir. Il y a eu des récidives, plus tard, qui ont guéri par divers moyens, entre autres le bromure de potassium.

Je m'étais servi de la pile de Remak à 20 éléments.

M. MARJOLIN. Guersant a présenté ici des faits très-intéressants de pieds-bots qui avaient été traités avec succès par l'électricité à courants continus et par les appareils inamovibles.

M. LE FORT. Les faits de la nature que j'ai cités se trouvent partout; mais j'ai étudié l'action des courants continus sur les phénomènes de la contractilité. Je sais que les effets des courants continus sont à l'étude. Il y a quelque chose de particulier dans les effets de cette électricité qui, sans pouvoir être mesurée à l'aide du galvanomètre, a une action si évidente sur les tissus, puisqu'elle détermine des eschares aux points où sont appliqués les pôles de

la pile. Il est incontestable que la nutrition est influencée par l'électricité.

Ce que j'ai dit de nouveau, de personnel, c'est que l'on doit employer un courant continu faible pendant vingt-quatre heures, et remplacer la surface de production de l'électricité par le temps de son application sur les tissus.

M. LARREY. Je suis très-frappé des résultats qu'on obtient par l'électricité. M. Duchenne (de Boulogne) a appliqué, au Val-de-Grâce, sous mes yeux, son appareil, et nous avons essayé de nous servir de ce dernier. Nous avons eu des faits très-significatifs. Aussi je demanderai à M. Le Fort s'il ne jugerait pas opportun de citer les travaux de M. Duchenne (de Boulogne).

M. GIRAUD-TEULON fait remarquer que la question n'est point la même. M. Duchenne se servait d'un appareil qui n'est point celui de Remak, et qu'il n'appliquait pas les courants continus constants.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 27 MARS 1872.

Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : Les journaux de la semaine ; — La *Gazette médicale de Strasbourg.*

— Note sur les appareils du docteur Beau (de Toulon) pour les fractures compliquées de la jambe et du cou-de-pied.

— *Vertebrated prostatic catheter*, by T. H. Squire (de New-York). Note de quatre pages.

M. le docteur Clément d'Aigues-Mortes envoie à la Société une

observation de kyste du foie (Commission : MM. Guérin, Blot et Boinet).

M. Clément demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. Hergott (de Strasbourg), membre correspondant, assiste à la séance.

COMMUNICATION

Arrachement d'un pied avec arrachement des tendons et muscles de la jambe et du nerf tibial postérieur. M. DEBROU, membre correspondant, adresse une observation sur ce sujet.

Le 2 mars 1872, Boitard (Constant), âgé de 15 ans, travaillant dans un moulin à papier, à Saint-Mesmin (5 kilomètres d'Orléans), était monté sur des poutres pour graisser le moyeu de la roue pendant que celle-ci marchait, contrairement à la règle qui prescrivait de ne faire ce graissage que quand le mouvement était arrêté. En avançant sur les poutres, il marcha sur une planche non fixée, sentit que son pied droit glissait et embrassa, pour se retenir, une pièce de bois dite *ferme*, contre laquelle il se trouvait debout. Le pied droit, enveloppé d'une chaussette et logé dans un sabot, s'engagea dans l'aire ou le vide de la roue qui tournait *horizontalement*, de gauche à droite, avec une vitesse de trois tours pour deux secondes, et l'un des quatre rayons en fonte, comme la roue elle-même, faucha le pied en quelque sorte au-dessous des deux chevilles. Le sabot, presque intact, tomba sur le sol, contenant le pied avec des muscles sanglants. On fut chercher ce pauvre enfant parmi les poutres placées au-dessus de la roue; il était debout, collé contre la ferme qui avait retenu son corps et l'avait empêché d'être entraîné dans le mouvement circulaire.

L'accident était arrivé à 8 heures du matin. A 9 heures, pendant que je faisais ma visite, le blessé était apporté à mon hôpital, avec le sabot qui contenait le pied dans sa chaussette.

Le sabot présentait seulement une fente longitudinale sur son bord interne; sa bride, en cuir et assez large, n'était ni détachée, ni déchirée. La chaussette avait une ouverture large et irrégulière à son côté externe, et était encore plus déchirée en dedans.

Le pied était désarticulé à peu près comme dans la désarticulation tibio-tarsienne. L'astragale tenait encore au tibia par des brides; sa tête était en partie séparée par une fracture. Il y avait

aussi une fracture linéaire et transversale entre les deux surfaces articulaires supérieures du calcanéum.

La peau était coupée presque circulairement, au-dessous des deux malléoles, par une ligne dentelée, inégale, mais sans lambeaux et assez régulière.

Le malade avait perdu peu de sang; il était refroidi et pâle, surtout à cause de l'émotion et de la douleur. Il montrait beaucoup de courage.

A la peau de la jambe, il n'y avait rien. A la cuisse, outre des marques de frottement et des éraillures d'épiderme, on voyait, à 6 centimètres au-dessus de la rotule, une plaie étroite, saignante. Le membre était gonflé à ce niveau, très-douloureux, et on y trouvait une mobilité qui donnait la certitude d'une fracture du fémur. J'agrandis un peu, avec le bistouri, la boutonnière de la peau; j'explorai avec mon doigt, et je reconnus, à travers des muscles déchirés, que l'os était fracturé un peu au-dessus de la poulie articulaire et qu'il y avait des esquilles.

Dans cet état des choses, je n'hésitai pas sur la conduite que j'avais à tenir. Je déclarai qu'il fallait faire immédiatement une amputation de cuisse. Après avoir montré ce blessé à mes confrères et collègues, MM. Brechemier et Bouglé, qui partagèrent mon avis, je pratiquai de suite l'amputation par la méthode circulaire.

La fracture était oblique, et c'était la pointe du fragment inférieur, long de 5 centimètres et très-aigu à son extrémité, qui avait percé la peau. Une fente verticale qui le parcourait descendait jusque près de la poulie articulaire. Il y avait deux esquilles non tout à fait détachées. Du sang extravasé existait sous la synoviale, en dehors de chaque condyle, surtout au condyle externe. La fracture avait dû être produite par le mouvement de torsion de la cuisse et du corps entier autour de la pièce de bois.

Voici maintenant la description des parties arrachées :

Os. — Il est inutile de revenir sur l'astragale, dont il a déjà été parlé. La malléole interne avait un éclat mince, de 1 centimètre de côté, n'intéressant qu'une partie de son épaisseur et tenant encore au périoste. La malléole externe était intacte, ainsi que toute la surface cartilagineuse de l'articulation. L'écrasement et la désarticulation de l'astragale avaient permis à la mortaise formée par le tibia et le péronée de ne pas éclater.

Muscles. — Presque tous les muscles de la jambe étaient arrachés avec leurs tendons et fixés au pied, comme il a été dit.

La partie extraite du jambier antérieur mesurait 0m,34 en y comprenant, avec le tendon, la partie charnue qui était forte et renflée. L'extenseur commun des orteils, dont les fibres charnues descendaient très-bas et jusqu'au lieu ordinaire de leur implantation, mesuraient 0m,37. L'extenseur propre du gros orteil mesurait 0m29. La partie charnue de ces muscles était déchirée, effilée ; leurs tendons étaient et avaient leur insertion osseuse au pied, intacte. Les gaînes fibreuses dans lesquelles ils passent sur le dos du pied étaient intactes.

Le faisceau musculaire formé par le soléaire et les deux jumeaux n'avait pas été arraché avec le pied. Il était intact avec le tendon d'Achille, dont l'adhérence calcanéenne avait cédé en entraînant une couche très mince de tissu osseux. Le petit tendon du plantaire était seul resté adhérent au calcanéum et était déchiré à une hauteur de 0m,05.

Le jambier postérieur, le fléchisseur propre du gros orteil, le fléchisseur commun des orteils étaient arrachés, tendons et fibres musculaires. Le premier avait 0m35 ; le second 0m,30 ; le troisième 0m,31.

Toutes ces longueurs, soit pour les muscles antérieurs, soit pour les postérieurs, ont été prises du point de section de la peau, au pied, au-dessous des malléoles jusqu'à l'extrémité la plus élevée. On a vu qu'elles donnent 0m,35 et même 0m,37. La longueur des os de la jambe, chez cet enfant, mesurée depuis le bord antérieur de la surface articulaire inférieure jusqu'à l'épine antérieure du tibia ne donnait que 0m,33. Cette différence en plus pour les muscles tient à ce que les fibres musculaires, en s'arrachant, se sont retirées et allongées ; mais elle démontre aussi, ce qui était d'ailleurs sensible à l'œil, qu'elles se sont détachées de toute la hauteur des muscles.

Les péroniers latéraux n'ont pas été arrachés, leurs tendons ont été coupés par une section nette comme avec des ciseaux, juste au niveau de la coulisse, où ils passent derrière la malléole externe. Cela suppose et prouve même que le rayon de la roue qui a fauché le pied en frappant juste au niveau de la malléole péronnière, a, de son premier choc, coupé les deux tendons ensemble. A la vérité, on ne trouve aucune fracture ni coupure sur la coulisse ostéo-fibreuse où passent ces tendons. Mais leur section nette par la barre de fonte est le seul moyen d'expliquer le non arrachement des deux muscles qui étaient restés en place.

Nerfs. Le nerf sciatique poplité interne ou tibial postérieur a été

arraché avec le pied, et est déchiré à une hauteur de $0^m,24$ au-dessus du calcanéum.

Les artères sont déchirées par une section irrégulière. La tibiale postérieure est rompue au niveau de la malléole interne; la tibiale antérieure est rompue au devant de l'articulation tibio-tarsienne, à côté du nerf tibial antérieur qui est déchiré aussi à ce niveau.

Les veines sont déchirées comme les artères et à la même hauteur.

Si l'on veut apprécier à peu près quel a été le volume des fibres musculaires arrachées avec les tendons, on peut estimer ce volume à presque la moitié ou au moins au tiers des fibres musculaires totales pour chaque muscle. En disséquant la partie restée en place et adhérente aux os et au ligament interosseux, on trouve partout des ecchymoses et de petits épanchements de sang noir résultant de la rupture des vaisseaux.

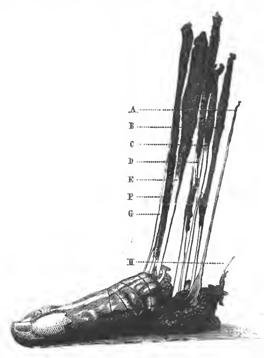
Le ligament interosseux n'a pas été déchiré.

Au total, tous les tendons ont été arrachés avec leurs muscles, à l'exception : 1° du tendon d'Achille, parce que son insertion calcanienne a cédé et s'est détachée en emportant la couche osseuse superficielle ; 2° des péroniers latéraux, parce que leurs tendons, pris entre une barre de fer et une surface osseuse résistante, ont été coupés.

Les exemples de plaies par arrachement sont assez nombreux à présent, pour qu'on puisse connaître assez bien leur mode de production et leur mécanisme. Lorsque l'effort agit sur une extrémité, telle que les doigts ou les orteils, la main ou le pied, la peau et les ligaments céderont plus vite que les tendons ; et tandis que les premières parties se déchirent et se coupent, les tendons qui résistent sont tirés et entraînent avec eux des fibres musculaires déchirées et rompues. On peut admettre que cela est une règle générale. La confirmation de cette règle s'est vue assez souvent pour un doigt ou un orteil isolés, et l'arrachement du pied dans l'observation qui précède, équivaut à plusieurs démonstrations, puisque ici six grands muscles ont été arrachés et que tous l'ont été à l'exception du tendon d'Achille dont l'attache osseuse a cédé, et des péroniers dont les tendons se trouvant coupés dès la première action de la force, ne pouvaient plus rien entraîner.

Tous les muscles à tendons peuvent donc être arrachés ; c'est là encore une règle. Autrefois, j'ai fait des expériences sur le cadavre pour l'arrachement d'un doigt ou d'un orteil avec ses tendons et ses muscles (Voir *Bulletin de la Société de chirurgie*, tome 2ᵉ, page 594,

séance du 26 mai 1852. Je viens de refaire des expériences de même genre en arrachant le pied au moyen de moufles. A chaque fois j'ai arraché tous les muscles extenseurs propre et commun, jambiers antérieur et postérieur, le fléchisseur propre du gros orteil, le fléchisseur commun et les deux péroniers latéraux.



A. Nerf sciatique poplité interne. — B. Fléchisseur commun des doigts. — C. Fléchisseur propre du gros orteil. — D. Jambier postérieur. — E. Jambier antérieur. — F. Extenseur commun des orteils. — G. Extenseur propre du gros orteil. — H. Plantaire grêle.

Dans un cas, j'ai même arraché le muscle soléaire et les deux jumeaux avec le tendon d'Achille. Toujours aussi, j'ai arraché 25 ou 20 centim. du nerf tibial postérieur, ainsi que cela a eu lieu chez mon malade, et ce résultat expérimental, concordant avec un fait clinique, prouve que l'arrachement de ce nerf accompagne régulièrement l'arrachement des tendons.

Mécanisme. — Il est bien évident que pour que l'arrachement se produise de la façon qu'il a eu lieu, il faut, d'une part, que le tendon résiste à l'effort plus que la peau et les ligaments; d'autre part, que les fibres musculaires soient plus attachées au tendon qu'elles ne sont adhérentes au périoste ou aux aponévroses d'insertion. Et cela est, en effet, ainsi que le montre la simple dissection, ou encore l'expérimentation sur le cadavre. Avant de se condenser en une corde qui devient tendon, le tissu fibreux s'étale en couches aponévrotiques qui fournissent de larges surfaces adhérentes aux plaies musculaires, et la totalité de ces adhérences est bien autrement étendue et forte que ne l'est l'implantation sur les os.

Au reste, dans ces arrachements, les fibres musculaires ne sont pas détachées à leurs insertions osseuses; elles se rompent dans leur continuité, cela est un fait constant. Le tendon est entier; l'aponévrose qui le termine vient entière aussi, et les fibres charnues, rompues dans leur longueur, sont distribuées plus ou moins inégalement, les unes entraînées avec le tendon, les autres restant sur les points d'insertion normale. Il y aurait à cet égard des recherches à faire, pour déterminer le plus ou moins de longueur des fibres charnues entraînées et leur mode de déchirure. Très-probablement, ce mode de déchirure varie selon que l'arrachement survient dans un moment de contraction ou dans un moment de repos du muscle. Aussi l'expérience sur le cadavre n'apprend-elle pas grand' chose sur ce point, quoique dans les expériences, comme dans les faits cliniques, on trouve des fibres charnues entraînées avec le tendon et d'autres qui sont restées adhérentes aux attaches normales.

Mais il est certain que l'arrachement lui-même peut avoir lieu, soit dans l'état d'inaction musculaire, soit dans l'état de contraction.

Dans la plupart des cas rapportés, dans ceux empruntés par M. Larrey à la pratique de son père, ou dans ceux qu'il a observés lui-même, il est difficile de déterminer exactement quelle a été la part de l'action musculaire. Lorsqu'un cavalier, ayant enroulé la bride de son cheval autour de son doigt, subit un arrachement de ce doigt, il peut y avoir deux tractions, l'une par le cheval, l'autre par le cavalier, et on ne sait trop comment mesurer et partager rigoureusement les deux efforts. La recherche du mécanisme de production est, au contraire, simplifiée, dans les deux faits que j'ai rapportés autrefois à la Société de chirurgie. Il s'agissait d'un homme qui, descendant de cheval, avait mis à terre le pied gauche, pendant que le pied droit était encore dans l'étrier. Le cheval, faisant un mouvement, mit son sabot sur le bout du pied gauche de l'homme.

Celui-ci, après avoir dégagé le pied droit de l'étrier, voyant que l'autre était pris, fit un effort pour le dégager; de cet effort, il résulta un arrachement de la première phalange avec ses tendons. Dans ce cas, évidemment, le cheval jouait le rôle de résistance ou de point fixe; la force qui a produit l'arrachement était dans la contraction du membre de l'homme. Un tel résultat, au reste, est conforme à ce que faisait prévoir le raisonnement. Mais ce fait, serait-il seul, prouve que l'action musculaire est suffisante pour produire l'arrachement des muscles.

Chez le jeune B..., la contraction musculaire a été nulle et complètement étrangère à l'accident. Ce pauvre jeune homme avait le pied descendu dans le vide et l'effort qu'il a fait pour se coller contre une pièce de bois, tout en se propageant un peu dans la totalité du corps et dans le membre suspendu, n'a pu et n'a dû avoir aucune part à l'arrachement. On peut admettre même que les muscles de la jambe étaient plutôt relâchés que contractés.

Gravité. — L'espèce de traumatisme produit par l'arrachement n'a pas, en général, plus de gravité que les autres. Certains exemples montrent que des arrachements énormes peuvent être suivis de guérison. On se rappelle le fait de Samuel Wood, rapporté dans les transactions philosophiques de 1738 (un bras arraché tout entier); et celui de Benomont, *tome II des mémoires de l'Académie de chirurgie* (une jambe entière arrachée à un enfant). De plus, chacun de nous a vu, en ces derniers temps, des plaies considérables produites par des éclats d'obus, avec des résultats analogues avec ceux de l'arrachement, guérir contre toutes les prévisions. Même il a été noté par les divers observateurs, que les arrachements des doigts ou des orteils guérissaient sans amener de graves accidents.

Néanmoins, l'arrachement du pied, que je viens de faire connaître, peut donner lieu à plusieurs réflexions. Si le malade m'avait été amené sans la pièce pathologique, c'est-à-dire sans le pied séparé, en voyant la plaie irrégulière, dépourvue de lambeau et de tout moyen de recouvrir les surfaces articulaires, je me demande quelle conduite j'aurais dû tenir. La fracture de la cuisse avec plaie et esquilles, jointe à la lésion du pied, m'a imposé ici une obligation d'amputer la cuisse, qu'aurait, je crois, tout chirurgien à ma place. Mais avec la lésion du pied seule, et sans la pièce, qu'aurait-il fallu faire ? Je présume que j'aurais été assez disposé à refaire une plaie chirurgicale et à amputer au dessus des malléoles, par le procédé de Lenoir. Or, si j'avais agi ainsi, que seraient de-

venues les sept gouttières déchirées, d'où étaient sorties les tendons et les muscles, et dont le sommet remontait jusqu'à la partie supérieure de la jambe? Chacune de ces gouttières aurait été un foyer de suppuration, communiquant avec l'air par la plaie de section, et leur ensemble aurait amené des désordres capables, assurément, de compromettre le succès d'une amputation qui, à elle seule déjà, pour des cas traumatiques, fait mourir souvent. Cependant, aujourd'hui il n'est plus permis d'en douter, après ce dernier et si éclatant exemple, tous les muscles s'arrachent dans une telle plaie, chacun laissant une gouttière, et si même on n'avait pas sous les yeux la partie arrachée, il faudrait regarder comme certain un résultat identique à celui dont je donne la description. Alors que faire, surtout en tenant compte de l'arrachement du nerf tibial postérieur dans les deux tiers de sa longueur? On ne voudra pas certainement opérer au-dessus du genou et couper la cuisse; mais je crois qu'il faut établir comme règle, s'il est nécessaire d'amputer, de le faire au-dessus du lieu d'élection à la jambe, et le plus haut possible. Ce précepte est, à mon avis, une conséquence clinique du fait que je viens de faire connaître.

Je n'ai plus qu'un mot à ajouter. Mon malade est en bonne voie de guérison et sera bientôt guéri de son amputation de cuisse.

DISCUSSION

(Suite.)

Sur l'action des courants continus et des courants induits sur les paralysies musculaires. — M. BOUVIER. M. Le Fort attribue au courant continu ou direct une plus grande puissance qu'au courant induit pour réveiller la nutrition des muscles. Il admet une différence de degré dans l'action des deux courants électriques et c'est le courant continu qu'il tient pour le plus puissant; je viens m'inscrire contre cette proposition.

Depuis longtemps on se sert des courants induits, sous le nom de faradisation. Les chirurgiens américains, en 1868, ont préconisé cette thérapeutique pour les paralysies consécutives aux plaies de guerre, et ils ont dit qu'ils avaient aussi obtenu une meilleure nutrition, plus de sensibilité et plus de force dans les muscles.

M. Duchenne (de Boulogne) a cité, dans les trois éditions de son livre, des faits très-concluants en faveur de l'électricité à l'aide

des appareils à induction. Un malade entre autres, que j'ai revu hier, 20 ans après le traitement, est un très-bel exemple de l'efficacité des courants induits. A l'âge de 20 ans, ce malade avait eu une plaie du nerf cubital, à la suite de laquelle était survenue une paralysie des interosseux et la production de la griffe caractéristique indiquée par M. Duchenne, puis l'atrophie des espaces inter-digitaux. Au bout de deux mois, la nutrition reparaissait dans les muscles, puis, après quatre mois encore, la greffe disparaissait; au bout d'un an, les mouvements étaient revenus et il ne restait de la maladie qu'un peu d'atrophie des espaces inter-digitaux des deux derniers métacarpiens, et l'écartement des doigts pendant leur extension; les veines avaient aussi repris leur développement.

(M. Bouvier montre deux moules indiquant l'état de la main au moment de l'application du traitement et un an après).

J'ai revu notre ancien malade hier, et depuis 19 ans il n'avait pas gagné davantage. Il est incontestable que le malade a obtenu de bons effets de la faradisation. Peut-être on dira que la cicatrisation régulière du nerf blessé a pu s'effectuer pendant l'application de l'électricité, mais ceci peut être dit pour toute espèce de traitement.

Je citerai encore un cas du docteur Bouland : un jeune Brésilien avait une paralysie des interosseux datant de 10 ans; le malade fut faradisé à Paris, il eut de suite une amélioration; de retour dans son pays, il continua l'électricité, mais il passa par des alternatives de rechutes et d'améliorations, suivant qu'il avait recours à l'électricité ou qu'il ne faisait plus rien.

Je ne récuse pas les succès obtenus par les courants continus, dont parle M. Le Fort, mais j'affirme, d'après ces faits et d'après d'autres connus, qu'il est impossible d'établir qu'il y a une différence entre l'action des courants directs et des courants induits sur la nutrition des tissus. Il y a des faits de Aran et de M. Broca, où l'électricité par les courants continus a été employée sans succès plus marqués que ceux obtenus par la faradisation. D'autre part, il faut se rappeler que les effets chimiques des courants continus sont plus défavorables, à certains égards, que la faradisation. On se rappelle une observation d'Hiffelsheim, rapportée par M. Duchenne (de Boulogne), où l'électrisation avait produit de petites eschares sur le front sans guérir les accidents cérébraux, contre lesquels l'électrisation était dirigée; d'autre part, il y a une supériorité en faveur des courants continus, surtout lorsqu'il s'agit d'appliquer l'électricité aux femmes nerveuses et aux enfants. Aran, en effet, avait pu électriser à l'aide des courants continus un enfant pendant son sommeil.

M. LE FORT. Quelques-uns de mes collègues ont pu penser que je passais sous silence les travaux de M. Duchenne (de Boulogne). Je ne voudrais pas que l'on crût que je l'ai fait à dessein. Mes études portaient sur un autre point que les siennes, et voilà pourquoi je l'ai peu cité. Je sais parfaitement qu'on ne peut pas établir d'une manière absolue quand il faut employer les courants continus ou les courants induits.

Cependant, je répondrai à M. Bouvier qu'il y a un fait positif : les courants induits placés sur les muscles les tétanisent ou ne produisent rien, et, dans le cas où la faradisation ne produit aucune action sur les muscles, les courants continus y réveillent des contractions alors que les courants induits sont impuissants.

L'action des courants continus sur les tissus *paraît être* différente de l'action des courants induits. Si les courants induits font développer le muscle par une sorte de gymnastique, c'est-à-dire l'exercice du muscle, qui est tout à fait analogue à l'exercice de la gymnastique ordinaire, les courants continus, là où la faradisation est impuissante, font rétrogader la dégénérescence graisseuse des muscles. Il se passe ici des phénomènes nutritifs.

Ce que j'ai fait, c'est une étude de l'action des courants continus longtemps prolongés. On à vu des résultats obtenus par Remak avec sa pile à grands et nombreux éléments ; j'ai essayé de remplacer les nombreux éléments par deux ou trois seulement et d'en tirer des courants faibles mais longtemps continués.

M. GIRAUD-TEULON. M. Bouvier a cité des faits en faveur des effets nutritifs de la faradisation, mais les effets ont-ils été les mêmes sur le rétablissement des fonctions du muscle ? Quels résultats ont été obtenus? Pour ma part, pour ce qui est des muscles de l'œil, je tiens la faradisation pour impraticable. Nous sommes en présence de deux écoles et de deux théories opposées. Les faits sont soumis à l'étude, et j'en ai fourni qui prouvent que les courants continus agissent vite sur le muscle de l'œil et que la nutrition de cet organe est influencée par ce mode d'application de l'électricité.

M. DUBRUEIL. L'électricité par les courants continus a des effets appréciables que ne saurait avoir la faradisation ; dans les contractures, par exemple, autrefois on électrisait les antagonistes. Dans le cas de contracture que j'ai cité dans la dernière séance, le courant continu descendant a immédiatement obtenu la résolution des muscles. Dans un cas de tétanos grave, j'ai obtenu aussi, avec M. Onimus, la résolution de tous les muscles contracturés par le moyen des courants continus.

M. BOUVIER. Pour répondre à M. Giraud-Teulon, je dirai que les mouvements sont revenus avec les phénomènes de nutrition ; les uns ne marchèrent pas sans les autres, chez les malades traités par la faradisation dont j'ai cité l'observation.

M. DOLBEAU. Les paralysies d'origine traumatique doivent être séparées des faits signalés par M. Giraud-Teulon. Il est rare de voir, comme vient de le dire M. Bouvier, des paralysies traumatiques guérir radicalement, surtout quand la paralysie est causée par la lésion d'un nerf. Quand on guérit des paralysies traumatiques, on n'est pas sûr que l'électricité a guéri, car il y a de ces paralysies traumatiques qui guérissent seules quand la cicatrisation de la plaie du nerf s'est effectuée ou quand l'inflammation consécutive au traumatisme est guérie. Plusieurs faits me reviennent à la mémoire à cet égard.

Un malade atteint de luxation de l'épaule eut, après la réduction, une paralysie des muscles du bras. Les muscles se contractaient encore sous l'influence de l'électricité. L'atrophie commençait. Cependant M. Duchenne (de Boulogne) électrisa ce malade. Malgré tous les soins prolongés pendant plus de six mois, l'atrophie du membre se confirma. Ni les courants induits, ni les courants continus ne firent rien.

J'ai vu des paralysies du deltoïde et des paralysies des muscles qui sont sous la dépendance du nerf radial. Les courants induits en ont eu raison, mais je ne voudrais point affirmer que ces lésions n'auraient pas pu guérir seules. J'admets bien toutefois que l'électricité par les courants continus ait une action, et il n'est pas douteux que les muscles atrophiés se reforment sous l'influence de l'électricité. Cependant les paralysies d'origine traumatique guérissant seules parfois, il n'est pas démontré que ce soit l'électricité par les courants continus ou induits qui aient agi, car ce peut être le temps seul qui guérit. Néanmoins il resterait à établir quels sont les paralysies qui sont incurables et quelles sont celles qui sont curables, afin de déterminer dans quels cas les courants continus ont pu agir, là où il serait démontré que le mal n'aurait pas guéri seul avec le temps.

M. PERRIN. Je partagerai les restrictions de M. Dolbeau. Malgré les faits cités par MM. Le Fort et Giraud-Teulon, je reste peu convaincu. J'ai très-rarement vu l'électricité guérir des paralysies traumatiques. Il faut préciser aussi les faits. Les paralysies des moteurs oculaires dues à des refroidissements guérissent généralement d'elles-mêmes. Celles qui se rattachent à des lésions de l'encéphale, je ne les ai jamais vu guérir.

J'ai utilisé les courants induits, et, à l'inverse de ce que dit M. Giraud-Teulon, j'ai pu les employer sans danger. Pour des ptosis des paralysies de l'accommodation, je les ai employées, et je n'ai rien obtenu. Je fais, toutefois, des réserves pour ce qui est des effets des courants continus. La question est à voir.

M. LE FORT. M. Perrin n'a rien obtenu avec la faradisation; cela ne m'étonne pas : pour avoir un résultat, il faut employer des piles très-fortes, et M. Duchenne (de Boulogne) a rapporté un accident grave de la faradisation. Un malade, électrisé pour une paralysie des muscles de l'œil, est devenu borgne, séance tenante, le jour de la première application de l'électricité.

Je ne comprends pas qu'on puisse nier la guérison des paralysies, même traumatiques, en se fondant sur ce que la guérison obtenue eût pu se produire seule.

Le malade de M. Dolbeau a-t-il été traité par les courants continus, et à quelle époque? Il faudrait, d'ailleurs, d'autres exemples que la paralysie consécutive à la luxation de l'épaule. Quand on veut obtenir des effets, il ne faut pas attendre qu'il n'y ait plus de fibres musculaires et que l'atrophie soit complète. Échouer dans ces cas ne prouve rien contre les courants continus.

Le livre de MM. Legros et Onimus renferme de nombreux exemples de guérison par l'application du courant continu; on y voit des faits où, lorsque les mouvements reparaissent dans les muscles, on est encore obligé d'électriser pendant un an. Le fait de Remak, à l'hôpital de la Charité de Paris, était encore bien plus séduisant, puisque, en une séance, avec son appareil, il a guéri une paralysie du deltoïde.

M. TRÉLAT. Les courants continus ont-ils ou n'ont-ils pas d'action certaine? Avant de rien affirmer, il faudrait faire le diagnostic précis des paralysies qu'on traite : entre la paralysie musculaire par refroidissement et les paralysies causées par une altération des centres nerveux il y a toute une série de paralysies d'un pronostic variable et très-différemment susceptibles de guérison.

Un malade amputé a eu une paralysie des fléchisseurs de l'avant-bras par suite de la compression des béquilles dans l'aisselle, laquelle avait comprimé les nerfs médian et cubital. L'électricité a été employée; elle n'a rien fait. Plus tard, la paralysie a guéri seule, trois mois après. Ce fait donne raison à M. Dolbeau.

Un autre malade, dont j'avais réduit une luxation de l'épaule causée par un choc peu violent, a eu une paralysie consécutive de tout le bras. L'électricité par les courants continus a été appliquée

par M. Onimus; les doigts ont recouvré le mouvement d'extension. M. Onimus s'est ensuite chargé du malade, et continua l'électricité pendant trois mois. Ce malade avait une forme grave de paralysie atrophique.

J'ai eu moi-même une paralysie du deltoïde causée par le froid; elle a duré six mois et a guéri seule.

Les paralysies causées par une altération des nerfs ont des effets à longue portée; bien qu'elles puissent guérir, elles exigent néanmoins un long temps avant que les fonctions puissent être rétablies. Il ne faut donc pas désespérer.

M. VERNEUIL. J'ai été étonné d'entendre dire que l'électricité ne guérit pas toutes les paralysies traumatiques. Mais il faudrait, avant tout, établir une distinction; il faudrait connaître la lésion anatomique des nerfs et leur durée. Il y a une grande différence entre une paralysie qui suit la résection du nerf sciatique et celle qui suit la contusion du nerf. Dans ce dernier cas, en effet, il arrive un moment où la guérison a lieu par suite de la réparation du nerf. Nous savons que cette réparation exige au moins trois mois. Lors donc que, après ce temps, les mouvements ne reviennent point, c'est que le nerf est peut-être détruit, et alors la paralysie peut être incurable.

L'électricité rend de sérieux services pour les paralysies du deltoïde et pour les paralysies des muscles animés par le nerf radial qui proviennent de l'usage des béquilles. MM. Perrin et Forget me disent qu'elles guérissent seules. Je renverrai mes collègues à la thèse d'un de mes élèves, M. Laferon, qui a cité des faits. Si, en effet, plusieurs de ces paralysies ont guéri en huit jours par l'électrisation au lieu de durer des mois, il est évident que l'électricité a une action.

L'électrisation bien appliquée avec les courants constants est capable de régénérer les muscles et d'agir sur les nerfs, ceci est incontestable et sera d'autant mieux démontré qu'on aura catégorisé les faits.

M. GIRAUD-TEULON insiste sur les bons effets des courants continus sur les contractures et dit : Le point qui surgit de cette discussion, c'est l'efficacité des courants continus sur les contractures des muscles de l'œil, dont j'ai produit des exemples. D'une autre part, les courants continus semblent être aussi bons, quand on les emploie à l'aide de nombreux éléments ou à l'aide de quelques petits éléments. Ces courants sont sans danger pour l'œil, et il n'en est pas de même pour les courants induits.

Je dirai à M. Dolbeau que je n'ai pas eu à traiter de paralysies traumatiques; mais que, pour des paralysies de l'appareil moteur de l'œil de cause autre, j'ai obtenu des succès certains dans 30 cas au moins.

M. PERRIN. Il faut classer les faits, avant de porter un jugement aussi favorable; il faut connaître la nature de la paralysie, son mode de production, le temps nécessaire à la guérison et surtout le mode d'emploi de l'électricité par les courants continus; le nombre des couples, la force des piles ou des éléments, doivent être pesés.

Nous ne sommes pas désarmés en face des paralysies; outre les moyens anciens, il y a la faradisation. Qu'on ne nous fasse pas dire, toutefois, que l'électricité doive être rejetée parce qu'elle est stérile.

Pour répondre à M. Le Fort, relativement au fait malheureux de M. Duchenne (de Boulogne), je dirai que pendant l'usage des appareils à induction sur l'œil, je n'ai jamais vu que les malades perçussent des sensations lumineuses; même pour l'appareil musculaire de l'œil, les courants induits sont bons.

M. LE FORT. Si l'on veut obtenir par la faradisation quelque chose sur les muscles de l'œil, il faut des appareils très-forts, comme celui de M. Duchenne (de Boulogne), et c'est là qu'est le danger.

J'ajoute que je n'ai point apporté ici devant mes collègues la science toute faite. Les observations que j'ai citées ont trait à l'action des courants faibles longtemps continués que je substitue au courant fort.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 3 AVRIL 1872.

Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Bulletin général de thérapeutique*; — le *Bulletin médical du nord de la France*; — le *Marseille médical*; — le *Lyon médical*; — le numéro d'avril des *Archives générales de médecine*.

— Une lettre de remerciements du docteur BÉRANGER-FÉRAUD, correspondant national.

— Les statuts et le programme du Congrès médical de Lyon.

— M. Georges Masson, éditeur de la Société, lui adresse des exemplaires des mémoires et bulletins destinés à compléter la collection de la bibliothèque.

— M. LARREY présente une note du docteur Beau sur des appareils hyponarthéciques, suite des travaux que cet auteur a déjà envoyé à la Société de chirurgie.

MM. OLLIER et HOUZE DE L'AULNOIT assistent à la séance.

COMMUNICATION

De la classification actuellement adoptée dans la statistique des opérations chirurgicales. — M. VERNEUIL commence la lecture d'un travail sur la classification des opérations. La classification dichotomique en opérations suivies de guérison et opérations suivies de mort est, dit l'orateur, tout à fait insuffisante. Il y a trois séries distinctes dans les opérations : une où l'opération est la cause de la mort des malades, une où elle est suivie de guérison, et une où la mort survient par des causes étrangères à l'opération elle-même; ce qui conduirait à admettre des opérations mortelles, efficaces et impuissantes. M. Verneuil développera ultérieurement cette thèse.

DISCUSSION

De la valeur des résections sous-périostées. — M. CHASSAIGNAC. Tous les chirurgiens savent que Ch. White et Park sont les premiers initiateurs d'une méthode qui consiste à ne pratiquer qu'une seule incision, aussi bien pour réséquer l'articulation de l'épaule que pour extraire celle du coude.

A l'imitation de ces deux éminents chirurgiens, j'ai, durant près de 30 années, enseigné et pratiqué dans les hôpitaux de Paris une méthode de résection dont j'ai exposé les bases en 1844. Je parle de 30 années puisque nous sommes en avril 1872, et que c'est en avril 1844 que mon premier mémoire a été lu à la Société de chirurgie.

Sur ce mémoire, MM. Laugier, Robert et Vidal firent un rapport en partie confirmatif des idées que j'avais émises. (Le mémoire se trouve inséré t. I, p. 464 des *Mémoires de la Société de chirurgie*.)

Voici sur quelles bases reposait la méthode :

1° Ne faire pour chaque résection qu'une incision seule et unique à la place des incisions multiples couramment usitées dans ce genre d'opérations.

2° Dans toutes les résections articulaires, faire précéder la désarticulation par la section de l'os à désarticuler.

3° Pratiquer l'extirpation isolée et successive de chaque extrémité osseuse articulaire, en commençant toujours par celle qu'il est le plus facile d'extraire, faisant en sorte qu'une extraction prépare celle qui la suit.

Tels sont les principes que j'ai invariablement appliqués dans ma pratique d'hôpital, et dont je soumets l'ensemble au jugement de la Société de chirurgie, dans la forme la plus succincte que je puisse trouver.

Les procédés pour chaque résection ont été décrits ou figurés dans divers écrits, et principalement dans mon *Traité d'opération.*

Les observations ont été publiées dans le même ouvrage. Je me suis appliqué à noter très-exactement la date des opérations, le résultat final et surtout l'âge des opérés, ce point si important, quoique trop souvent négligé, et bien à tort; car tout chirurgien qui serait désireux d'obtenir une brillante statistique n'aurait qu'à réséquer de jeunes sujets, laissant à ses confrères le soin d'opérer des adultes et des vieillards.

Parmi les opérés dont j'ai rapporté les observations détaillées, il en est 14 chez lesquels l'opération a eu un plein succès à la suite de résections qui ont été pratiquées, tant sur les os des membres supérieurs que sur ceux des membres inférieurs. Ces dernières en plus grand nombre.

Le chiffre total se décompose ainsi :

Deux résections de clavicule...............	2
Une résection de l'acromion...............	1
Une résection des 3/5 de l'humérus.........	1
Une résection phalangienne...............	1
Deux résections du fémur.................	2
Une résection des deux os de la jambe......	1
Une résection par abrasion du tibia.........	1
Deux résections du calcanéum..............	2
Une du cuboïde..........................	1
Une du 1er cunéiforme et du 1er métatarsien..	1
Une résection de trois métatarsiens.........	1

Sur ces opérés, il y avait un seul enfant âgé de 14 ans, les autres sont compris entre 18 et 40 ans.

Chez tous ces opérés sans exception, le pansement par occlusion a été appliqué au moyen des cuirasses emplastiques septenaires ou bi-septenaires.

Les résultats exceptionnellement heureux que j'ai obtenus, je les attribue à la pratique de l'incision unique avec segmentation osseuse préalable et au pansement par occlusion.

Ce que j'attribue à ces causes, M. Ollier en fait honneur, chez ses opérés, au soin particulier qu'il apporte à la conservation du périoste et au mode de pansement adopté par lui.

Il ne me convient nullement de combattre sa manière de voir.

Notre juge à tous deux, c'est le public médical, c'est le bon sens des chirurgiens nos collègues, nos maîtres, nos élèves, qui, après avoir pratiqué ou vu pratiquer les deux méthodes, seront en état de faire connaître, sur cette importante question, un jugement motivé.

M. OLLIER, membre correspondant. J'ai cité le livre de M. Chassaignac et ses procédés lorsque j'ai proposé les résections sous-périostées. Il y a deux points dans ces procédés : l'incision unique, qui est bonne ; la section de l'os avant la désarticulation, qui est mauvaise. Dans mon procédé, je prends l'incision unique, parce

qu'elle permet d'aborder directement l'os et de ménager les insections musculaires.

M. CHASSAIGNAC. Je voulais faire ressortir que l'incision unique et le pansement par occlusion donnent de bons résultats. Je n'attaque pas, néanmoins, le principe des résections sous-périostées; mais je dois dire que personne ne peut se flatter de conserver entièrement le périoste, lorsque l'on pratique des résections pour des traumatismes. Lorsqu'on ne fait qu'une incision pour la résection de l'épaule, on est dans des conditions défavorables, puisque l'on doit désarticuler dans l'endroit le plus étroit de la plaie. C'est donc là de la mauvaise médecine opératoire. Pour obvier à ce désidératum, j'ai proposé de scier l'os avant de désarticuler, ce qui facilite singulièrement l'opération commencée par une incision unique. Avec un davier, on manœuvre l'os dans tous les sens, et la désarticulation est faite avec la plus grande facilité.

M. OLLIER. Il n'est pas moins facile de pratiquer la résection sous-périostée au moyen de l'incision unique. Lorsqu'on est arrivé sur l'os, on dissèque le périoste, on luxe et on tourne l'os dans tous les sens, et on n'obtient pas moins de magnifiques résultats.

M. DEMARQUAY. J'ai fait des résections et j'ai remarqué que, dans les cas pathologiques, le périoste se décollait facilement; mais, dans les cas traumatiques, j'ai essayé de conserver le périoste, et je n'ai pas réussi. Dans un cas, cependant, où, par suite du décollement du périoste après une plaie par arme à feu, j'ai réséqué, j'ai eu une reproduction osseuse; mais ce cas était exceptionnellement favorable.

M. LE PRÉSIDENT. M. Ollier s'apprêtant à faire une communication sur la résection, il serait meilleur qu'il la fît immédiatement, afin de ne point diviser deux discussions sur le même objet.

M. OLLIER lit une *Note sur la résection sous-périostée du coude* :

La résection sous-périostée de l'articulation du coude qui donne, dans les arthrites chroniques suppurées, des résultats si supérieurs à ceux qu'on obtient par la méthode ancienne, présente les mêmes avantages dans les fractures comminutives de l'articulation produites par les armes à feu.

Quel que soit le désordre produit par la balle dans les extrémités osseuses, dès que la résection est indiquée, il faut la faire par la méthode sous-périostée, et, malgré la multiplicité des esquilles, on peut appliquer à cette opération les règles fondamentales de la méthode. Malgré les éclats osseux, malgré les déchirures du périoste, on peut conserver une gaine périostéo-capsulaire, non pas

complète sans doute, mais suffisante pour fournir les éléments d'une articulation nouvelle.

L'opération est plus longue, plus laborieuse que dans les cas ordinaires, mais elle est parfaitement réalisable. Dans les fractures comminutives produites par une balle, l'os éclate, et des esquilles peuvent être projetées au loin ; mais le périoste n'a pas la même densité que l'os ; il se déchire et n'éclate pas; il reste adhérent aux tissus avec lesquels il est en rapport par sa face externe. Chez les jeunes sujets surtout, il est plus adhérent aux tissus périphériques qu'à l'os lui-même, de sorte qu'en enlevant successivement les fragments osseux et en les dépouillant au fur et à mesure de leur revêtement périostique, on conserve cette gaîne périostéo-capsulaire que je considère comme le point fondamental de ma méthode opératoire.

Voici comment j'opère. Je me sers des ouvertures du projectile si elles se trouvent sur le trajet de l'incision brisée que j'ai décrite pour la résection du coude. Dans le cas contraire, je fais une nouvelle incision, suivant d'abord le bord externe de l'humérus, puis obliquant de l'épicondyle à l'olécrâne et se terminant ensuite plus ou moins bas, le long du bord externe du cubitus, selon la longueur de cet os, qu'on peut avoir à retrancher.

Dès que j'ai pénétré dans l'articulation, je saisis successivement, avec un davier, les différentes esquilles, que je dépouille avec le détache-tendon, de leur revêtement fibreux. L'articulation, dégagée par l'ablation de ces esquilles, j'explore les bouts des divers os, je les fais saillir, je les dénude de leur périoste et je les scie plus ou moins haut, selon l'étendue des fissures, la dénudation de leur surface ou le broiement de la moelle.

Cette opération est une véritable résection, et dans les cas où je ne scie pas les bouts de l'os, où je me borne à les rafraîchir, je fais une véritable opération sous-périostée, grâce à la conservation de l'enveloppe périostéo-capsulaire.

Pour moi, une opération sous-périostée ne consiste pas dans le grattage plus ou moins régulier des extrémités osseuses et dans la conservation de quelques lambeaux du périoste ; c'est une opération régulière qui a pour but la conservation de tous les éléments de mobilité et de résistance de l'articulation future. Je ne sors pas de la gaîne périostique, je ne pénètre pas dans les loges musculaires ; aucune insertion musculaire n'est compromise, et par la conservation du périoste, j'obtiens la reconstitution de nouvelles masses osseuses qui, en s'articulant entre elles, assurent la reconstitution d'une ar-

ticulation nouvelle du même type que l'articulation enlevée. L'abondance de la substance osseuse reproduite est en rapport avec l'âge du sujet, comme je l'ai expérimentalement déterminé.

Dans ces dernières années, beaucoup de chirurgiens ont adopté la méthode sous-périostée; mais ils ont généralement pris le nom et non la chose. J'ai cru, pendant un certain temps, que les chirurgiens allemands faisaient des résections véritablement sous-périostées; mais depuis j'ai pu me convaincre que leurs procédés sont très-imparfaits, aussi le nombre considérable d'articulations branlantes qu'ils obtiennent ne m'étonne pas. Ils font des résections dites sous-périostées par des procédés rapides mais mal combinés pour retirer de la méthode tous ses avantages. En allant trop vite, on opère nécessairement mal; on ne peut pas conserver cette gaine périostéo-capsulaire sur laquelle j'insiste tant. J'ai rencontré un certain nombre de blessés opérés pendant la dernière guerre par les chirurgiens allemands, et chez la plupart j'ai constaté des articulations flottantes sans régénération osseuse appréciable.

Je ne saurais trop le répéter, ce n'est pas en conservant quelques lambeaux du périoste çà et là qu'on fait une véritable résection sous-périostée. Pour retirer tous les avantages de cette méthode, il faut se rappeler les conditions que j'ai déterminées d'après l'expérimentation, et que j'ai longuement développées dans mon *Traité expérimental et clinique de la régénération des os*. Hors de ces conditions, tout est hasard et incertitude, et le chirurgien qui ne s'en pénètre pas s'expose à des déceptions.

J'ai fait huit résections du coude dans la dernière campagne. Un de mes opérés a été amputé trois jours après par un chirurgien qui ignorait probablement l'opération que j'avais pratiquée. Des sept autres, un seul est mort peu de temps après sa résection, mais d'un accident qui ne peut pas être rattaché à l'opération elle-même. La balle qui avait fracturé le coude avait traversé l'articulation et sectionné complétement l'artère humérale. J'opérai ce blessé 36 heures après l'accident, et je ne me doutai nullement de la blessure de l'artère. Le pouls radial était rétabli, et il n'y avait aucune hémorrhagie. Dix-huit jours après, le malade succomba à une hémorrhagie presque foudroyante dont l'autopsie nous révéla l'origine. Les deux bouts de l'artère sectionnée par la balle étaient distants de près de 2 centimètres l'un de l'autre. Le bout supérieur était oblitéré par un caillot; c'est par le bout inférieur, dont le caillot s'était dissous, que l hémorrhagie s'était produite.

Des six autres blessés, deux qui furent retrouvés trois mois après dans la position et dans la gouttière où je les avais placés, ont eu une ankylose complète ou à peu près complète. Un troisième, traité aussi par une immobilité trop prolongée, avait eu le coude raidi et avait été envoyé aux eaux de Baréges après la cicatrisation de sa plaie. J'ai appris récemment qu'il était mort; je n'ai pu savoir de quelle maladie. Quant aux trois autres, vous pouvez juger par les photographies que je fais passer sous vos yeux, de la forme du coude et surtout de l'étendue des mouvements d'extension et de flexion (1).

L'ankylose ou la raideur du coude dans les trois premiers cas était inévitable après le repos prolongé dans une même gouttière. Aussi faut-il avoir soin de mobiliser l'articulation dès que les accidents inflammatoires sont apaisés. Il importe d'autant plus de ne pas négliger cette règle que la méthode sous-périostée, en conservant tous les tissus fibreux péri-articulaires, expose, toutes choses égales d'ailleurs, à l'ankylose plus que la méthode ancienne, lorsqu'on prolonge d'une manière irrationnelle l'immobilité du membre; mais il est facile d'éviter cet accident.

Mais quant aux trois malades que j'ai pu retrouver en temps opportun, ils présentent des mouvements énergiques de flexion et d'extension. L'humérus se termine par des renflements condylaires de nouvelle formation. J'insiste sur l'activité des mouvements d'extension; la conservation des attaches du triceps au cubitus peut seule l'assurer; quand on coupe le triceps, ce muscle se rétracte et va souvent se souder à l'humérus.

Sur ces huit opérations, j'ai fait tantôt des résections totales et tantôt des résections portant sur une partie des surfaces articulaires. Mais à ce propos, j'ai besoin d'entrer dans quelques explications. Les résections partielles des articulations ont été souvent discutées, et généralement elles ont été regardées comme donnant des résultats peu favorables.

A ce sujet, il y a des distinctions importantes à faire. Une articulation étant formée par la rencontre de deux surfaces cartilagineuses, et chacune de ses surfaces pouvant être formée par la réunion de plusieurs os, il faut distinguer les cas dans lesquels on enlève la totalité d'une des surfaces de ceux dans lesquels on se

(1) Un de ces trois opérés, S..., franc-tireur du Haut-Rhin, vient de mourir d'une fièvre typhoïde.

borne à retrancher seulement une partie de l'une ou de l'autre de ces surfaces articulaires. Dans le premier cas, on ouvre largement l'articulation, et on prévient les causes d'étranglement et de rétention du pus. Dans le second, c'est-à-dire lorsqu'on n'enlève qu'une partie de l'une des deux surfaces articulaires, on ouvre seulement l'articulation, mais en laissant persister les causes d'étranglement et de résection du pus.

Je désigne les premières résections, celles qui enlèvent la totalité d'une des surfaces articulaires, c'est-à-dire la moitié de l'articulation, sous le nom de *résections semi-articulaires*. Je réserve aux autres le nom de *résections partielles*.

J'accepte les premières, je repousse les secondes. Les unes mettent à l'abri des accidents que toute résection a pour but de prévenir; les autres ne font que rendre ces accidents plus dangereux.

La question des résections totales et des résections semi-articulaires pourrait être envisagée aussi au point de vue de la mobilité ultérieure du membre; mais je réserve cette discussion pour une autre occasion. Je dirai seulement que, pour conserver plus sûrement les mouvements de pronation et de suppuration, j'ai dans quelques cas retranché l'extrémité du radius, quoique saine. Je l'enlevais pour éviter la soudure des deux os de l'avant-bras à leur partie supérieure.

Le traitement consécutif est de la plus haute importance. Les blessés que je n'ai retrouvés qu'au bout de trois mois et qui ont été laissés dans une immobilité absolue, nous montrent les inconvénients de l'immobilité prolongée. Il faut cependant de l'immobilité au début pendant la période de la fièvre et des accidents inflammatoires. Elle constitue alors le meilleur antiphlogistique. Un bandage silicaté bien ouaté, puis fenêtré par précaution au niveau des plaies, me paraît constituer le meilleur appareil, mais à une condition, c'est qu'il puisse être surveillé de près, pour remédier à toute cause d'étranglement.

Ces appareils sont ce qu'il y a de meilleur ou ce qu'il y a de pire, selon la surveillance qu'on peut exercer sur eux. Comme moyen d'immobilisation, ils sont infiniment supérieurs aux gouttières, qui ne maintiennent le membre que très-imparfaitement. L'épaisse couche d'ouate dont il faut les garnir constitue le meilleur coussin et la meilleure protection pour le membre blessé. Durant la campagne, je me suis servi généralement de gouttières, mais, dorénavant, j'aurais recours à l'occlusion inamovible, dans le cas où je pourrais surveiller mes opérés. Le pansement ouaté, dont M. Alph. Guérin a

démontré les avantages, rendra dans l'avenir les meilleurs services, et le bandage silicaté appliqué par dessus permettra de transporter les blessés à de grandes distances sans inconvénient pour leurs plaies.

DISCUSSION.

M. DEMARQUAY. Lorsque, dans la résection du coude par exemple, on laisse le radius, on peut obtenir des résultats avantageux quant aux mouvements consécutifs. La reproduction des os par le périoste, leur élongation, sont aujourd'hui des faits acquis ; mais il y a des difficultés sérieuses pour conserver le périoste destiné à la reproduction de l'os. Je concède que quand il y a un éclat osseux et qu'on ouvre l'articulation blessée, il est possible de ménager une assez grande étendue de périoste, quoique la chose soit fort difficile, mais on n'obtient pas toujours d'excellents mouvements consécutifs.

Il est beaucoup question du coude dans la communication de M. Ollier ; je ferai remarquer que cette articulation est le type des articulations favorables au rétablissement des mouvements après les résections. En est-il de même pour les autres articulations?

En principe, je considère que la résection pour les cas pathologiques permet de conserver le périoste et d'assurer ainsi le meilleur fonctionnement du membre ; mais que, dans la résection pour les cas traumatiques, la conservation du périoste est très-difficile à réaliser, et que, en supposant même que la chose fût assurée pour le coude, il n'est pas certain que l'on puisse fonder autant d'espoir sur le procédé pour les autres articulations.

M. Ollier a eu recours au pansement allemand pour ses opérés ; il applique de suite après l'opération un appareil silicaté ; on enferme les membres ainsi sans pouvoir surveiller les effets du traumatisme. J'ai essayé de me servir de ces appareils, et j'ai remarqué qu'ils ne valaient pas la gouttière ; en effet, les appareils plâtrés sont munis d'une fenêtre trop grande ou trop petite, qui laisse tout passer ou masque une bonne partie de la plaie.

M. GUYON. Je n'aborderai pas les questions déjà soulevées à propos de la méthode sous-périostée. Si j'avais à exprimer mon opinion, je dirais que je n'ai pas vu la reproduction osseuse dans les cas traumatiques. Mais l'opération sous-périostée amène à suivre le chemin le plus sûr, le moins dangereux ; en suivant l'os ou les fragments osseux et en décollant autant que possible le périoste,

en détachant les insertions ligamenteuses et tendineuses, on limite le traumatisme.

Je désire vivement que la partie de la communication de M. Ollier relative aux résections partielles attire l'attention. Avec lui, pour une question encore peu étudiée, je crois que la résection partielle du coude est une mauvaise opération. Je ne l'ai pratiquée qu'une fois, et je n'ai pas eu la tentation de la faire à nouveau. Chez mon blessé, l'olécrâne avait été fracturé. Je devais faire la résection totale; voyant, chemin faisant, que le radius et l'humérus étaient sains, je me laissai séduire, et je m'arrêtai. Il y eut des accidents locaux graves : étranglement, phlegmon, abcès. Le malade a guéri, mais il a un mauvais membre. Il serait important que les observations faites pendant la guerre soient connues, pour fixer notre programme. A mon avis, les résections partielles sont, d'une façon générale, des opérations défectueuses; mais je serais heureux d'avoir, à cet égard, l'avis de mes collègues.

M. PERRIN. Il a déjà été question devant la Société des résections sous-périostées, et toujours nous avons discuté sur la réalité de leur existence. La gaîne capsulo-périostée dont nous parle M. Ollier ne représente rien à mon esprit.

Les résections pour les cas traumatiques nous présentent des opérations pratiquées au milieu d'os éclatés dans divers sens. Le périoste est divisé, quoi que dise à cet égard M. Ollier, il est divisé comme les os. Il y a souvent des esquilles dans toutes les directions et de tous côtés. Il n'y a pas de capsule intacte; les insertions des ligaments articulaires et des tendons sont changés. Malgré le temps que l'on emploie à la recherche des esquilles et à leur extraction, en conservant le périoste après l'extraction des os, il n'y a pas de capsule périostée intacte, il y a un magma informe, où tout est agglutiné et couvert de caillots ou de lambeaux de tissus irréguliers.

Je voudrais, pour être édifié, voir comment les choses seraient conduites par M. Ollier lui-même sur le cadavre.

Les résections sous-périostées sont bonnes, sans doute; on peut dire que si elles ne font pas de bien, elles ne font pas de mal. M. Ollier a réussi; il a obtenu le rétablissement des mouvements et une reproduction osseuse. Mais vous vous rappelez que Bauchet vous a présenté une résection du coude, faite sans souci de conserver le périoste, et où les mouvements étaient bien rétablis; il y avait comme une articulation de caoutchouc, mais pas d'articulation vraie. Pour ce qui est de la reproduction de la mâchoire,

M. Richet a montré ici un résultat aussi concluant que celui de M. Ollier.

Les résections partielles dont il est question sont mauvaises, parce qu'elles entraînent une gravité plus grande, et que le résultat final est l'ankylose. J'ai fait des résections partielles; j'ai eu des abcès, des menaces répétées d'infection purulente; la guérison a été des plus laborieuses, et, finalement, il est resté une ankylose. M. Ollier est d'avis que, pour une lésion de l'olécrâne, il vaudrait mieux, par exemple, enlever l'olécrâne et toute l'extrémité supérieure du cubitus et celle du radius, plutôt que de faire une résection partielle. Ce procédé est peut-être un peu radical; si, comme le dit M. Ollier, on obtient de meilleurs mouvements, on s'expose aussi à de plus grandes chances de suppuration des os et à l'infection purulente.

Je suis tout à fait convaincu de l'utilité de l'incision unique; elle permet de respecter les tendons et les muscles. Mais scier l'os, comme le veut M. Chassaignac, est mauvais, car il y a une objection capitale à opposer à ce procédé : vous sciez l'os sans savoir où sont les limites du mal. D'ailleurs la résection après section préalable de l'os ne donne pas grande aise.

M. VERNEUIL. La résection immédiate, pour les cas de traumatisme, est jugée favorablement; on obtient une guérison rapide. Si l'on attend, si l'on veut conserver, la guérison, possible quelquefois, est extrêmement longue, et une ankylose est inévitable. J'ai eu un malade de ce genre : l'articulation avait été écornée; des abcès sans nombre sont survenus; vingt fois le malade a été en danger de mort. J'ai fait trois résections du coude. Une fois il m'a été impossible de faire la résection comme j'aurais voulu la faire par le procédé sous-périosté : le coude avait été enlevé par un éclat d'obus. Dans les deux autres cas, le cubitus était brisé par une balle. J'ai essayé la résection partielle dans l'un des deux cas. Un malade est mort, l'autre a guéri. Sur ces trois résections, j'ai eu une guérison. Nous étions à Paris, on le sait, dans de fort mauvaises conditions.

Luke a déjà montré les mauvais résultats des résections partielles, et l'expérience a prouvé la supériorité des résections totales. Je fais d'ailleurs une distinction ici. Les cas pathologiques offrent des conditions bien plus favorables aux résections.

M. CHASSAIGNAC. La querelle entre les partisans de White et les chirurgiens français a duré longtemps, et c'était comme moyen de conciliation que j'avais proposé de scier l'os avant de désarticuler, reconnaissant que les anciens procédés à vastes lambeaux offraient

d'immenses inconvénients dus à leur suppuration. J'ajoute qu'il est des os où la nécessité de scier avant de désarticuler est de la dernière évidence : tels sont les métacarpiens et les métatarsiens.

L'objection de notre collègue M. Perrin ne porte pas, car, en découvrant l'os et en cherchant à le scier, on a un moyen de constater directement le lieu où s'arrête le mal, ce qui ne se fait pas mieux lorsque l'on a désarticulé tout d'abord. En désarticulant, on économise le temps; ce n'est pas peu de chose. Faire durer une résection 40 minutes, c'est trop. L'incision unique parallèle aux tendons, telle que je la propose, est un moyen de ménager les parties molles, et cela permet de refermer la plaie, et sans grand dommage pour l'opéré, si, par hasard, on s'était trompé et si les limites étendues du mal ne permettaient pas de terminer la résection.

Pour ce qui est des résections de la diaphyse des os, je ne la crois pas mauvaise. J'ai reséqué une portion de l'humérus, depuis la gouttière radiale jusqu'au plateau articulaire de l'humérus, sans toucher à l'articulation. Le malade a guéri.

M. TILLAUX. J'adresserai à M. Ollier une question que j'ai déjà adressée à plusieurs de ses élèves. Avez-vous des autopsies de sujets adultes auxquels une résection sous-périostée a été pratiquée et suivie de guérison ?

M. OLLIER. Je réponds à M. Demarquay que je ne me sers pas des appareils des Allemands; ceux-ci mettaient une bande de flanelle et un appareil plâtré par-dessus. A Sadowa, les Autrichiens s'empressèrent de les enlever, et ils eurent raison. J'emploie l'appareil ouaté et silicaté, ce qui est tout autre chose. La gouttière, à mon sens, est tout à fait inférieure.

Les résections pour les cas traumatiques sont peu avantageuses au genou, au cou-de-pied et même au poignet. Une thèse d'un des élèves de M. Verneuil, M. Follet, a parlé des avantages de la résection du poignet, mais les observations laissent à désirer.

Je dirai à M. Perrin qu'on peut toujours garder une gaîne périostéo-capsulaire capable de maintenir les rapports des os entre eux et de conserver les rapports des muscles. Cette gaîne reste comme un moyen d'union. Malgré la projection des esquilles, on a encore une gaîne suffisante pour le but que l'on veut atteindre.

Chez les opérés que j'ai vus six et huit mois après l'opération, on sentait à l'extrémité inférieure de l'humérus deux tubérosités latérales.

J'ai pu faire seulement deux autopsies quinze mois après la guérison de résections du coude chez des sujets encore jeunes, de

17 ans environ : il y avait une articulation ayant les caractères d'un ginglyme, une mortaise qui maintenait suffisamment les rapports des os. Les sujets étaient jeunes, cela est vrai; mais, jusqu'à l'âge de 40 ans, on peut encore obtenir des résultats avantageux, quoiqu'à un moindre degré. Je n'en puis dire plus; mes plus beaux cas de guérison vivent.

Pour ce qui est des résections partielles, il faut encore les distinguer en deux classes : les résections partielles d'une seule extrémité osseuse, et les résections semi-articulaires; celles-là ont quelque chose de bon. J'ai fait cette opération pour l'articulation tibio-tarsienne, sans toucher à l'astragale. On n'augmente pas le danger de la suppuration osseuse et on évite un raccourcissement, en même temps que l'on facilité l'opération.

La séance est levée à 6 heures.

Le secrétaire : Armand Després.

SÉANCE DU 10 AVRIL 1872.

Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Montpellier médical*; — l'*Art dentaire*.

MM. Bardinet (de Limoges), Denucé (de Bordeaux), Duménil (de Rouen), membres correspondants, assistent à la séance.

DISCUSSION A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL.

De la résection par les procédés sous-périostés. — M. Verneuil montre une malade à laquelle il a pratiqué une résection sous-périostée du coude pour un cas pathologique. C'était

une jeune fille scrofuleuse qui avait eu un abcès froid des parois de la poitrine et avait été menacée d'accidents du côté du poumon. Le séjour à l'hôpital de Berk avait rétabli la santé de la malade, mais en 1869, une affection du coude droit s'était manifestée; il y avait eu une série d'abcès articulaires pour lesquels le drainage avait été employé; enfin une arthrite avait nécessité l'intervention chirurgicale. Le 14 mai 1870, la résection a été pratiquée par le procédé sous-périosté; après cinq mois remplis de vicissitudes de mieux et de pire, la guérison commença. L'articulation avait été assez difficile à isoler des fongosités, mais le périoste avait été conservé. Aujourd'hui, après un an, les fistules ont guéri, à part une petite récidive.

Vous voyez, dit M. Verneuil, cette jeune femme peut se servir de sa main; elle n'a point de douleurs; elle n'a pas plus de 2 centimètres et demi de raccourcissement; elle porte un seau d'eau, elle met la main à sa tête, et sa main n'a rien perdu de sa précision, puisque la malade est aujourd'hui épileuse à l'hôpital Sainte-Eugénie. J'ai cependant enlevé à cette malade la tête du radius, l'olécrâne et la partie supérieure du cubitus, et plus de 3 centimètres de l'extrémité inférieure de l'humérus. .

Le périoste que j'ai conservé a reproduit de l'os. En effet, le raccourcissement est inférieur à la longueur d'os que j'ai enlevée; il y a une tubérosité reproduite à la place de l'épicondyle, et il y a un crochet olécrânien reconstruit. On trouve là des points d'appui solides, capables de permettre des mouvements précis.

C'est la seconde fois que je pratique la résection du coude par le procédé sous-périosté; je ne saurais trop me louer du résultat. Aussi, pour les résections dans les cas de lésion organique de l'os, je me rallie entièrement aux principes posés par M. Ollier.

M. TILLAUX. La malade de M. Verneuil nous offre un exemple de résection du coude bien réussie. Mais je ne crois pas qu'il y ait ici cette reproduction des surfaces articulaires dont parle M. Ollier. Il y a des ostéophytes produites et un arrondissement des surfaces articulaires. Je ne vois point ici d'engrènement de l'olécrâne dans l'extrémité inférieure de l'humérus. Les mouvements sont bons, mais cela tient à ce que M. Verneuil a ménagé l'insertion du biceps. J'ai fait et vu faire des résections du coude sans la préoccupation de conserver le périoste, et j'ai vu un opéré qui avait pu reprendre son métier de batteur en grange; enfin les résultats obtenus par le procédé classique des résections ne sont ni mieux ni pires que ceux qui sont obtenus par le procédé sous-périosté.

M. VERNEUIL. M. Ollier n'a jamais dit que les surfaces articulaires étaient reproduites.

M. LE FORT. Je veux appuyer ce que vient de dire notre collègue M. Tillaux. Je ne crois pas qu'il soit possible d'enlever les os sans détacher à la fois la capsule articulaire et le périoste, surtout si l'on ne remonte pas loin sur l'os que l'on veut réséquer. Si l'os est malade, le périoste s'en détache presque spontanément au niveau de la partie malade, et on respecte souvent le périoste sans le vouloir. Si l'on n'enlève qu'une faible quantité de la surface articulaire, on atteint à peine le niveau du point où commence le périoste. S'il s'agit, au contraire, de résections dans la continuité pour lésions traumatiques avec fragments encore adhérents au périoste, loin de les détacher, je crois qu'il vaut mieux les laisser.

Le résultat obtenu par M. Verneuil est très-beau; il a rendu un service à sa malade, cela est très-vrai; mais on en fait autant sans la résection sous-périostée. J'ai vu au musée d'Édimbourg une pièce provenant de la pratique de M. Syme; il y avait des reproductions d'os et de ligaments, et cependant le chirurgien n'avait point cherché à faire une résection sous-périostée. Les reproductions sont la conséquence du traitement consécutif; si on fait exécuter des mouvements d'assez bonne heure, les mouvements reproduisent l'articulation. Les tendons reprennent sur les os si on ne les a pas coupés loin de leur point d'insertion.

Lorsque l'articulation est malade, on n'enlève que les os, car le périoste est généralement détaché. Mais si la synoviale est malade, il faut ébarber les fongosités qui la recouvrent, car quand on ne les enlève pas, le mal se reproduit. Dans ce cas, je ne vois pas comment on pourrait garder la capsule articulaire. En somme, je ne crois pas qu'on puisse donner aux opérations telles que les fait M. Ollier le nom de méthode sous-périostée, comme s'il s'agissait d'une méthode nouvelle de résection. Mais il faut reconnaître que M. Ollier a plus et mieux que personne insisté sur ce point important, qu'il fallait le plus possible raser les os et conserver les tendons dans leur intégrité.

M. GIRALDÈS. Il y a du bon dans le procédé de M. Ollier; mais il ne faudrait pas porter au bilan de la résection du coude par le procédé sous-périosté le fait de M. Verneuil. Roux a fait beaucoup de résections, et il a eu plusieurs cas où les mouvements, la force et l'habileté du membre ont été conservés. Je me rappelle, entre autres, le fait d'un rémouleur. Roux n'avait pas eu la préoccupa-

tion de conserver le périoste. Aujourd'hui, on obtient, par les anciens procédés, des résultats tout aussi bons.

M. TRÉLAT. J'ai vu de très-beaux résultats obtenus sans que le chirurgien eût ménagé la gaîne capsulo-périostée à laquelle M. Ollier attache tant d'intérêt. M. Verneuil a obtenu un très-beau résultat; mais Roux, que j'ai vu opérer, en a obtenu d'aussi beaux. Roux, cependant, coupait les os très-haut; il coupait les ligaments loin de leur insertion, et, en le voyant faire, je me disais que je n'opérerais pas comme cela. Les opérateurs imitaient Roux, et ils obtenaient comme lui des régénérations partielles.

Le périoste conservé est certes favorable à la reproduction de l os. J'ai fait à la Société, il y a plusieurs années, un rapport où j'ai été très-favorable aux résections sous périostées, et je disais que tout ce qui peut favoriser le rapprochement des surfaces osseuses est une bonne condition. Ceci a toujours été cherché depuis par les opérateurs, puisque quelques-uns ont même fait la suture des os. La conservation de la capsule est bonne en ce sens. Le rapprochement du manchon périostique, de la capsule conservée, est aussi bon.

Je conclus. Le fait présenté par M. Verneuil est un succès incontestable, mais il ne peut être attribué au procédé mis en usage; mais je reconnais aussi que le procédé sous-périosté a des avantages.

M. DOLBEAU. J'ai fait trois résections de coude sans chercher à conserver le périoste. Une fois, l'avant-bras est resté flottant; deux fois, les mouvements de l'avant-bras et de la main ont été bien rétablis, et les malades en tiraient autant de profit que la malade de M. Verneuil.

M. TILLAUX. J'ai posé à M. Ollier la question de savoir s'il avait vu les surfaces articulaires reproduites. Si M. Ollier a accepté ma question, c'est qu'il était bien dans son esprit qu'il espérait les voir se reproduire par suite du procédé qu'il met en usage. Ce que je conteste d'ailleurs, c'est la reproduction telle que la présente M. Verneuil.

D'un autre côté, je reconnais que le procédé de M. Ollier a le mérite de faire ressortir la nécessité de détacher les tendons à leur insertion sur les os.

M. VERNEUIL. M. Tillaux renonnaît qu'il y a du bon dans la méthode. Ceci est précieux à retenir; mais je lui rappellerai qu'il y a des articulations pathologiques avec des surfaces articulaires fran-

ches, différentes des articulations normales avec cartilages d'encroûtement. M. Ollier n'a jamais dit que ces dernières pouvaient être intégralement reproduites. M. Tillaux nous doit les textes sur lesquels il fonde son affirmation.

M. Ollier dit : je garde les gaînes périostiques, elles reproduisent les os presque entièrement, et avec la forme approchée qu'ils avaient.

M. Tillaux dit que ce sont des ostéophytes; mais qu'est-ce que cela prouve, si ces ostéophytes représentent des éminences et des apophyses qui reproduisent presque la forme de l'os normal? Si je vois un os qui représente l'épitrochlée, un ostéophyte qui représente l'olécrâne, je dis que l'os s'est reproduit.

Les anciens procédés étaient détestables; on ne ménageait ni les os ni les muscles. On me dit que par les anciens procédés on a obtenu de bons résultats; mais il faudrait savoir quelle étendue des os a été enlevée quand les suites de l'opération ont été favorables, car il y a des résections du coude bonnes, et il y en a de mauvaises.

Le périoste, dites-vous, est conservé dans beaucoup de cas, parce que l'on ne peut pas faire autrement; cela est une erreur, car il y a des cas où, même dans les résections pathologiques, le périoste ne peut être détaché. Aussi serais-je porté à affirmer que, dans les cas de réussite de l'ancien procédé, si l'on a de bons mouvements, c'est qu'on a fait la résection sous-périostée sans le savoir.

Je dirai à M. Le Fort : Non, il n'est pas indispensable d'enlever les fongosités de la synoviale. Cela est utile et inutile. Si la synoviale seule est malade, il faut enlever les fongosités; si l'os était primitivement malade, il ne faut pas toucher aux fongosités, elles disparaissent seules.

En résumé, je répète que M. Ollier nous a rendu un service en instituant les résections sous-périostées, qui donnent des succès meilleurs que les anciens procédés.

M. TRÉLAT. Je pense, comme M. Verneuil, que le périoste n'est pas facile à détacher dans tous les cas; mais ce serait un peu exagérer que d'attribuer exclusivement à M. Ollier tout ce qu'il y a de bon et de prouvé dans la résection sous-périostée. J'ai vu la méthode sous-périostée appliquée par M. Ollier, et j'ai pu constater que le périoste ne s'enlevait pas aussi facilement que le disait ce chirurgien.

M. LE FORT. Depuis longtemps on a reconnu que le périoste se sépare seul au niveau des os malades. On détachait les tendons

très-près des os avant M. Ollier, puisque, après les résections, on réunissait les tendons aux os par des sutures. M. Ollier s'est fait une part encore plus belle que celle à laquelle il a droit; car, avant lui, on faisait les résections en rasant les os le plus possible. Il est vrai que M. Ollier a imaginé une rugine pour séparer les tendons des os.

M. CHASSAIGNAC. Il est injuste d'attribuer à M. Ollier la méthode sous-périostée; car c'est à la Société de chirurgie qu'ont été publiées les premières observations ayant pour but de prouver la supériorité des incisions uniques pour les résections, et la facilité de ménager ainsi les tendons. Quant à la possibilité d'obtenir des reproductions osseuses, j'avais montré un fait de résection de la clavicule avec section préalable de l'os.

M. LARREY. Mon père avait proposé et admis dans sa pratique les incisions uniques; pour les résections de l'humérus, sur dix cas observés en Égypte, il avait obtenu six résultats heureux. Il était opposé à la résection du coude. Pour ce qui est de cette résection, je dois dire que j'ai vu plus d'une fois des résultats défectueux, même quand on avait cherché à conserver le périoste. Je termine en disant que je ne pense pas que M. Ollier eût pu défendre mieux les résections sous-périostées que ne l'a fait leur avocat, M. Verneuil.

COMMISSION POUR L'ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE.

La Société procède au scrutin. Sont élus :

MM. Blot, Trélat, Tillaux.

LECTURES

Paralysie traumatique; guérison spontanée. — M. DUMÉNIL, membre correspondant, lit une observation sur ce sujet.

Un soldat blessé le 24 mai. Plaie à la limite de l'hypothénar droit, formant un lambeau comprenant la partie supérieure de cette région; immédiatement paralysie de tous les muscles moteurs de la main et des doigts; paralysie de la sensibilité sur toute la main.

Aucun corps étranger n'était resté dans la plaie; celle-ci guérit sans aucune complication. La cicatrisation était complète au bout

d'un mois. A ce moment, les mouvements commencèrent à revenir dans l'index.

Il fut réformé avec pension de retraite, et rentra dans ses foyers au mois de septembre. Je le vis à cette époque, et je constatai l'impossibilité absolue d'imprimer le moindre mouvement à la main sur l'avant-bras. L'index seul pouvait être fléchi et étendu sans énergie; tous les autres doigts étaient complétement inertes. La main était encore insensible. Il y avait un peu d'amaigrissement de l'avant-bras et de la main à un faible degré. Cinq ou six séances d'électrisation ramenèrent les mouvements de la main sur l'avant-bras, et l'opposition du pouce, avec tous les autres doigts, put s'exécuter, mais sans force. La sensibilité cutanée reparut très-rapidement.

Vers le 20 novembre, il commence à pouvoir écrire, mais la plume lui échappait souvent des mains. Dans les derniers jours de ce mois, il put écrire pendant deux heures.

Au commencement de janvier, où je cessai de voir le malade, les mouvements de la main et des doigts s'exécutaient bien, avec assez de force pour que le malade pût saisir et manœuvrer un marteau.

M. Duchenne (de Boulogne), qui a observé un certain nombre de cas de paralysie traumatique des membres, dans lesquels la paralysie dépassait la sphère de distribution des nerfs directement atteints, attribue cette particularité à la solidarité des nerfs d'une même partie entre eux. Mais cette expression de solidarité n'a aucune signification, si on ne détermine pas le mécanisme par lequel elle s'établit. Ce ne peut être à la périphérie par des anastomoses, puisque ces anastomoses n'existent pas en réalité. Il faut donc remonter à l'origine des nerfs dans les centres pour comprendre l'influence que la lésion d'un nerf peut avoir sur un ou plusieurs autres.

Une particularité du fait que je viens de rapporter montre combien peu sont encore connues les paralysies traumatiques et les ressources qu'elles présentent à la thérapeutique. Le jeune homme avait été réformé avec un certificat portant perte complète de l'usage de la main droite, et, à ce titre, avait obtenu une pension de retraite. Et pourtant il a suffi de quelques électrisations pour lui permettre d'écrire des heures entières et de se servir des instruments de sa profession. Cette question de paralysie traumatique présente ainsi, à côté du point de vue scientifique et de l'intérêt du malade, un côté administratif qui a son importance, et il est à re-

gretter qu'on n'ait pas partout tenu un compte suffisant des préceptes que M. Duchenne a si nettement formulés.

Épithélioma glandulaire de la peau. — M. DUMÉNIL lit une observation sur ce sujet.

H..., 65 ans, journalière, d'une bonne constitution, d'apparence robuste, se présenta à la consultation de l'Hôtel-Dieu, dans le mois de février 1869, pour une tumeur développée sur la face dorsale du 5e métacarpien droit ; elle avait mis quatorze ans à se développer. Cette tumeur, du volume d'un haricot, dure, douloureuse à la pression, légèrement excoriée à sa surface, fut enlevée séance tenante. On y trouva, à l'examen microscopique, les éléments de l'épithélioma. Il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire ; la plaie guérit assez vite.

Le 20 juillet 1869, cette femme entra à l'Hôtel-Dieu pour des ulcérations fistuleuses multiples de l'aisselle droite, résultant, suivant elle, d'une inflammation violente de cette région, qui s'était développée au mois de mai et avait nécessité plusieurs incisions.

Les parties molles de la paroi interne du creux axillaire sont indurées, dépourvues de mobilité, d'un rouge sombre, et présentent trois ouvertures entourées de fongosités et ressemblant aux trajets fistuleux des suppurations osseuses. Un stylet ne fait cependant pas découvrir d'os dénudé. Ces trajets fistuleux ne fournissent qu'une quantité très-médiocre de pus.

On trouve au-dessus de l'épitrochlée un ganglion gros comme une amande, mobile ; une tumeur semblable existe sous le bord interne du biceps, au milieu du bras.

L'état général est bon. Pas d'amaigrissement. Douleurs assez vives dans l'aisselle.

Sur la face dorsale du 5e métacarpien, on trouve une cicatrice de bon aspect, sans indice de reproduction de la dégénérescence ancienne.

L'examen des fongosités de la région axillaire y révèle la présence de cellules épithéliales et de globes épidermiques.

L'état de la malade resta stationnaire assez longtemps, mais le ganglion sus-épitrochléen finit par augmenter de volume, et, en avril 1870, il présentait une fluctuation évidente. A la même époque, la cicatrice de la main redevint douloureuse ; il s'y forma des croûtes épidermiques, et, au centre, une production comme cornée, conique.

En même temps, deux petites ulcérations se formèrent un peu

en bas et en dehors du mamelon. Ces ulcérations commencèrent par deux petits pertuis, ayant tout au plus les dimensions d'une tête de très-petite épingle, ressemblant à des orifices de glandules cutanées élargis. Un stylet fin montrait un décollement du derme aminci dans une zone d'un millimètre autour de l'orifice. Cette portion de peau décollée formait autour des pertuis un liséré rouge, sans induration, sans saillie.

Toute la masse du sein, de ce côté, paraissait plus ferme que de l'autre côté.

Les bords des petites ulcérations que je viens de décrire se détruisirent graduellement, et les ulcérations s'étendirent en proportion, tout en restant toujours superficielles, de niveau avec les parties voisines et sans base indurée.

Le ganglion sus-épitrochléen, devenu très-gros et douloureux, fut incisé et donna issue à une bouillie caséeuse. Ce produit fut examiné au microscope, en même temps que des parcelles enlevées des diverses ulcérations de la région axillaire, et on trouva partout les éléments caractéristiques de l'épithélioma : cellules épithéliales, globes épidermiques, cristaux de cholestérine.

30 mai. — Érysipèle du membre supérieur droit, qui est guéri le 7 juin.

Des nodosités se développèrent successivement, au nombre de huit ou dix, dans l'épaisseur du derme, sur la paroi antérieure du thorax jusqu'au milieu du sternum, sur la partie postérieure de l'épaule, séparées les unes des autres par des intervalles où la peau restait saine, atteignant un volume variable depuis celui d'une lentille jusqu'à celui d'un haricot. Quelques-unes de ces nodosités s'ulcérèrent.

6 juillet. — Dans l'aisselle gauche, on constate sous le bord du grand pectoral une tumeur du volume d'un petit œuf, mobile, sans changement de couleur à la peau.

En même temps que se développèrent les nodosités du derme du côté droit du thorax et la tumeur de l'aisselle gauche, l'état général, jusqu'alors bon, s'altéra. Il vint de l'amaigrissement; la peau prit une teinte bistre; l'appétit se perdit, les douleurs amenèrent l'insomnie.

La plaie correspondant au ganglion épitrochléen forma une vaste ulcération anfractueuse et répandant une odeur infecte. Les ulcérations du sommet du creux de l'aisselle prirent le même aspect. Les ulcérations signalées en dehors du mamelon restèrent toujours superficielles.

5 octobre. — La malade succomba dans le marasme, épuisée par les douleurs, l'insomnie et le défaut d'alimentation, le 5 octobre 1870, à huit heures du matin.

Autopsie, le 6 octobre, à neuf heures. — L'examen des organes abdominaux n'y révèle aucune dégénérescence. Le foie est gras à un degré très-prononcé. Les viscères thoraciques ne sont pas examinés, à cause de la nécessité de ménager le cadavre.

Des portions des divers points malades sont enlevées pour être soumises à l'examen microscopique.

La tumeur de l'aisselle gauche, du volume d'un œuf de poule, est formée d'une masse de consistance de fromage mou, enveloppée dans une coque fibro-celluleuse. Le microscope y révèle la présence de cellules de différentes formes, polygonales, en gourdes, fusiformes, avec des noyaux plus petits; on y trouve aussi quelques cellules à noyaux plus gros, des cellules mères contenant trois ou quatre cellules avec noyaux, des globes épidermiques, des cristaux de cholestérine.

La tumeur végétante de l'aisselle droite présente des cellules de formes aussi très-variées, mais avec des noyaux généralement plus volumineux. On y trouve des plaques réunissant un certain nombre de cellules avec leurs noyaux et des globes épidermiques.

Les petites tumeurs développées dans la peau s'écrasent facilement et ont un aspect caséeux. On y trouve des cellules polygonales très-pâles, et peu de noyaux ; ceux-ci sont petits. Elles présentent aussi des globes épidermiques.

Les ulcérations développées au voisinage du mamelon, sans induration préalable, sont recouvertes d'une couche mince caséeuse, où l'on trouve un grand nombre de noyaux libres, quelques cellules polygonales à noyau unique, de mêmes dimensions que les noyaux libres. Parmi ces cellules, j'en remarque une à deux noyaux.

J'avais d'abord songé à présenter ce fait comme un cas de généralisation d'épithélium, à cause de la présence de l'extension de la dégénérescence aux ganglions de l'aisselle gauche; mais en retrouvant signalée dans mes notes l'existence de noyaux sur le sternum, j'ai dû croire que j'avais fait erreur; mais ce fait me paraît mériter de fixer l'attention à un autre point de vue : les ulcérations développées en dehors du mamelon en l'absence de toute induration préalable, et dans lesquelles on a constaté la présence des éléments de l'épithélium, ne m'ont paru pouvoir s'expliquer que par une

véritable greffe des éléments pathologiques dans le conduit de quelques glandes cutanées.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Invagination congénitale du rectum. — M. **GUÉNIOT** présente une pièce relative à cette lésion. Une petite fille, née la veille d'une mère accouchée sans secours, et apportée morte à l'hôpital, présentait un rectum invaginé avec obstruction intestinale constatée à l'autopsie. L'invagination offrait trois cylindres descendants et deux ascendants, c'est-à-dire cinq cylindres, dont deux étaient très-courts. M. Guéniot fait remarquer que M. Rilliet a signalé des cas du même genre, mais tous étaient relatifs à des enfants en bas âge, tandis que dans le fait présent il s'agit d'une invagination produite pendant la vie intra-utérine. Les tubes invaginés étaient, en effet, déjà réunis par des adhérences.

Cette enfant, ajoute M. Guéniot, eût pu naître vivante ; mais l'examen de la pièce pathologique montre qu'il eût été bien difficile de détruire l'invagination par quelque procédé que ce fût. (La relation détaillée de ce fait sera publiée dans les *Archives de physiologie et d'anatomie,* numéro de mai 1872.)

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 17 AVRIL 1872.

Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — L'*Union médicale ;* — La *Gazette*

hebdomadaire; — Le *Bulletin de thérapeutique ;* — Le *Lyon médical;* — La *Gazette médicale de Strasbourg;* — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques ;* — Le *Journal d'ophthalmologie.*

M. GIRAUD-TEULON fait, au nom de M. le docteur Chairou, médecin en chef de l'Asile du Vésinet, une communication dont voici le sujet : Il s'agit d'*un cas de restitution de la vision,* — qu'il compare à ceux que j'ai eu l'honneur de rapporter à la Société lors de la discussion sur les effets des courants électriques continus (voltaïques), et que nous avions observés en commun, — et dû à l'éclaircissement du corps vitré, mais dû non plus aux courants continus, mais à la faradisation.

D'après les détails de l'observation, j'inclinerais à penser qu'il s'agit plutôt ici d'une action réflexe éprouvée par les organes de la sensibilité spéciale.

Quoi qu'il en soit, je dépose la lettre de M. Chairou sur le bureau, comme une contribution à l'étude de l'action comparative des courants induits et des courants voltaïques.

M. LARREY communique, au nom du docteur Beau, professeur à l'École de médecine navale, une *Leçon clinique ayant trait à un coup de feu dans la poitrine.* (Renvoyé à la commission déjà nommée.)

Souvenirs d'un chirurgien d'ambulance, par le docteur Mac Cormac, traduction française, par le docteur Morache.

Un travail manuscrit de M. le docteur Bérenger-Féraud, membre correspondant de la Société de chirurgie. Ce travail est intitulé : *Lettre à M. le baron Larrey sur les blessés de la bataille de Sedan.*

M. GIRALDÈS offre, au nom du docteur Thomas R. Fraser, un ouvrage intitulé : *Recherches expérimentales sur l'antagonisme fonctionnel de la fève de Calabar et de l'atropine.*

M. le docteur AUBRY (de Rennes) adresse une lettre par laquelle il envoie sa démission de membre correspondant. (Acceptée.)

M. LE FORT communique, de la part du docteur Hamel, l'observation suivante :

Gangrène symétrique des deux extrémités inférieures. — Mlle O. G....., âgée de 18 ans, a perdu sa mère d'une affection cancéreuse du sein et a toujours vécu à la campagne dans d'excellentes conditions. La menstruation n'est pas très-régulière. En juin 1871, elle a eu une angine couenneuse, qui a cédé au traitement par la glace à l'intérieur, à l'exclusion de tout autre moyen. Quelques mois après, elle eut la scarlatine; du reste, l'état général a toujours été excellent.

Depuis le mois de décembre 1871, elle se plaignait de douleurs vagues et de fatigues dans la cuisse gauche, lorsqu'à la suite d'un bal, elle ressentit un malaise plus accentué, attribué à un excès de fatigue.

Le 20 février, je fus appelé et trouvai la malade en proie à une fièvre que j'attribuai à l'influence de la saison, car, malgré mes questions, aucune douleur ne fut accusée sur aucun point du corps. (Purgatifs salins, tisanes adoucissantes).

Le 5 mars, je trouvai ma petite malade avec un pouls très-fréquent, le ventre ballonné, du délire la nuit avec sifflements dans les oreilles. Je crus à une fièvre typhoïde, mais bientôt on m'avertit qu'il se passait quelque chose d'extraordinaire du côté de la jambe gauche, et, après bien des prières, je réussis à voir le membre inférieur.

Le gros orteil était violet, le pied glacé avec une teinte un peu violacée; le mollet enflé et très-douloureux; la cuisse un peu plus grosse que la droite.

Je pensai alors à une phlébite avec commencement d'occlusion des veines profondes.

Je recommandai de réchauffer le membre avec de la ouate, des oreillers chauds, des bouteilles, et je prescrivis des fomentations avec la térébenthine et l'huile d'amandes douces; lavements camphrés. Limonade Rogé.

Le 6, même état général; plusieurs selles; ventre plus mou, mais toujours ballonné. Pied toujours froid; 1er et 2e orteils violets; taches ecchymatiques sous-épidermiques sur la région pédieuse et près des malléoles.

Insomnie avec délire, sueurs profuses.

Les jours suivants, le ventre s'affaise; quelques accès de fièvre paraissant se régulariser, cédèrent au sulfate de quinine. Au pied, la maladie marchait toujours. Les cinq orteils étaient devenus noirs, secs, durs et paraissaient vouloir se détacher. A la région pédieuse, le liquide roussâtre se promenait sous l'épiderme; le long de la jambe, jusqu'au mollet, vastes plaques verdâtres comme chez les noyés. Jambe au-dessus des points malades tellement douloureuse, qu'on ne pouvait pas y toucher du bout du doigt. Cuisse doublée de volume, avec un cordon très-sensible le long du trajet des vaisseaux, jusqu'à 5 centimètres du sommet du triangle de Scarpa.

M. Le Fort, appelé le 24, put constater l'état du membre à peu près comme je le décris; de plus, il trouva de la douleur dans le

mollet et un refroidissement très-marqué du gros orteil de ce côté. Pouls à 150.

Jusqu'au 28, jour de sa mort, l'état général et local n'a fait que s'aggraver. Le mollet droit a enflé, ainsi que le pied; la sensibilité s'y est exagérée, le refroidissement a augmenté, mais il n'y a pas eu de taches. La jambe gauche, jusqu'au genou, est devenue verdâtre. Je l'ai fait saupoudrer d'un mélange d'alun et de camphre, et la malade a succombé après un délire continu de 24 heures, répondant à peine aux questions qui lui étaient adressées.

MM. les docteurs Magitot et Krishaber adressent des lettres par lesquelles ils demandent à être inscrits sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

MOTION D'ORDRE

M. LE PRÉSIDENT fait remarquer que ces lettres ne peuvent avoir d'effet pour l'élection prochaine, le règlement obligeant les candidats à faire acte de candidature à chaque nouvelle déclaration de vacance. De la sorte, ajoute M. le président, il n'y aurait qu'un seul candidat régulièrement inscrit.

M. TILLAUX demande si les anciens candidats sont exclus par le fait de l'absence de lettre de candidature, et s'ils ne sont pas inscrits, pour ainsi dire d'office, après qu'ils ont été mis sur une liste de candidats.

M. VERNEUIL voudrait que la Société consultât les précédents. Il ajoute que le règlement est obscur, et que l'on peut l'interpréter de diverses manières.

M. BLOT rappelle que, lors de la dernière élection, une lettre, arrivée après la nomination de la commission, n'a pas été acceptée, qu'elle a été renvoyée pour la prochaine déclaration de vacance, et que la Société a voté l'application du règlement.

M. CHASSAIGNAC pense qu'on ne peut pas admettre le principe des candidatures sans lettres qui les annoncent à chaque déclaration de vacance, car il pourrait se faire qu'un candidat renonçât à être élu, et ce serait chose fâcheuse qu'il pût nous dire : Vous m'avez nommé, je n'étais plus candidat.

M. LE FORT dit qu'il diffère d'opinion avec M. Chassaignac. Pour les candidats nouveaux, le règlement peut être appliqué, mais pour les anciens candidats qui ont subi l'épreuve d'une élection, ce se-

rait peut-être pousser la rigueur un peu loin que de ne point les admettre comme candidats à la place actuellement vacante.

M. SÉE, se fondant sur les précédents, croit qu'on doit maintenir sur la liste les anciens candidats, car lui-même n'a adressé qu'une seule fois une lettre de candidature, et il a été maintenu sur la liste des candidats pour plusieurs élections successives.

M. GIRALDÈS dit que, en consultant les archives, il sera facile de voir que les lettres de candidature ont été renouvelées.

M. LARREY fait remarquer que dans les Sociétés savantes, une lettre de candidature doit précéder toute inscription sur la liste des candidats.

M. GUYON insiste sur la nécessité d'appliquer le règlement, car les candidats ont été prévenus récemment dans tous les journaux de médecine.

M. LE PRÉSIDENT propose : 1° de déclarer qu'à l'avenir, et en vertu de l'art. 7 du titre Ier du règlement de la Société, ne seront inscrites sur la liste des candidats que les personnes qui auront adressé à la Société une lettre de candidature pour la place de membre titulaire déclarée vacante avant la nomination de la commission chargée d'examiner les titres des candidats à cette place ;

2° De rapporter la nomination de la commission élue dans la dernière séance, et de remettre à 15 jours la nomination d'une nouvelle commission.

(La Société adopte les deux propositions à l'unanimité.)

RAPPORT

Polype du larynx. — Écrasement sur place par les voies naturelles. — M. GUYON fait un rapport oral sur une observation du docteur M. Krishaber, relative à ce sujet :

Mme *** (de Genève), âgée de 53 ans, s'est présentée à la consultation de M. le docteur Odier (même ville), le 11 novembre 1871. Une dyspnée continue avec recrudescences intermittentes et l'altération profonde de la voix étant les principaux symptômes que présentait la malade, M. Odier l'examina au laryngoscope, et constata dans le larynx la présence d'un polype. Je fus averti le même jour par mon honorable collègue et mandé auprès de la malade, que je vis le surlendemain. J'ai constaté un polype de forme irrégulière, obstruant incomplétement environ les deux tiers de la glotte et parfaitement mobile, quoique inséré par une base large qui s'é-

tendait sur tout le tiers antérieur de la corde vocale inférieure gauche (voy. fig. 1, *a*) (1). La mobilité de la tumeur expliquait l'intermittence des accidents respiratoires violents, et son volume la permanence des symptômes continus. La corde vocale droite était saine, de couleur normale. Il en était de même de la partie non envahie de la corde vocale gauche; mais la muqueuse des arysténoïdes était rouge et boursoufflée; l'épiglotte, très-injectée, offrait, à son bord libre, à gauche, une forte saillie, qui n'était probablement

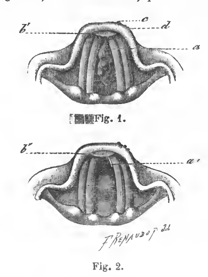


Fig. 1.

Fig. 2.

autre qu'une glande très-hypertrophiée (*c*), et autour de cette saillie, d'autres analogues, mais d'un volume moindre (*d*).

Mme *** nous dit qu'elle toussait depuis l'âge de 25 ans, mais que sa voix n'était sérieusement altérée que depuis deux ans. Il y a environ vingt mois que survinrent les difficultés respiratoires. La malade ne crachait jamais, même pendant les plus forts accès de toux; tout au plus rendait-elle quelques mucosités claires et de la

(1) D'après cette image, on pourrait croire que l'insertion s'étend à peine au delà de la corde vocale; mais il ne faut pas oublier que celle-ci est, dans cette image, un peu cachée par le bourrelet de l'épiglotte (*b*). Le point d'insertion s'étend donc un peu plus loin, en avant, c'est-à-dire en haut de l'image.

salive. Tout à fait au repos et au silence, la respiration était beaucoup moins gênée; mais lorsque la malade exécutait des mouvements brusques, et surtout lorsqu'elle voulait parler, fût-ce même à voix basse, elle était presque toujours prise d'oppression et même de suffocation. Cet état s'était notablement accru les deux derniers mois. La malade elle-même se rendait très-exactement compte de la cause de ces accidents, et je ne crois pas inutile de rappeler à ce sujet ses propres paroles : « Lorsque je veux parler, dit-elle, je sens très-souvent quelque chose de gros comme ceci (elle montra la phalangette de l'index) se déplacer dans mon cou et intercepter ma respiration. » Les efforts respiratoires ont provoqué une douleur fixe et souvent très-vive au niveau de la clavicule, de l'épaule et de l'hypochondre gauches. Les nuits sont particulièrement tourmentées d'accès de toux et de suffocation; de là agitations et insomnies. La malade est obligée, pour trouver quelque calme, de dormir assise dans son lit; dès qu'elle prend la position horizontale, les accès reviennent. L'embonpoint de la malade et son aspect général pouvant faire admettre quelque complication, nous l'auscultâmes attentivement : aucun signe morbide ni au cœur ni aux poumons.

Le jour même de mon premier examen, je fis des tentatives d'extraction du polype, d'abord avec une pince laryngée dont les mors s'ouvraient latéralement comme ceux d'une pince ordinaire, et ensuite avec une pince s'ouvrant d'arrière en avant, un des mors, le postérieur, étant fixe. Ces tentatives restaient infructueuses le premier jour, mais elles eurent pour effet de rendre la malade plus tolérante au contact des instruments. Le lendemain, je procédais de la même façon, en ne me servant que de la pince à jeu antéro-postérieur. Ce n'est qu'au bout d'une heure (il y a eu plusieurs pauses), et après de maints essais répétés que je parvins à vaincre la difficulté et à saisir la tumeur exactement à son point d'insertion. En fermant alors la pince, je sentais distinctement une assez forte résistance vaincue. Lorsque je retirais l'instrument au milieu d'un formidable accès de toux et de strangulation, je ne trouvais sur les mors que des débris de la tumeur. La malade, cependant, lorsqu'elle revint au calme, accusait immédiatement un soulagement immense; la respiration était devenue libre, et la voix revint instantanément. L'examen laryngoscopique, fait quelques instants après, me permit de constater la disparition absolue de la tumeur, dont un vestige sanglant indiquait le point où l'écrasement (voy. fig. 2, *a'*) avait porté; la glotte était entièrement

libre. Nous trouvâmes quelques débris de la tumeur dans les crachats et dans le sang qui avaient été rejetés assez abondamment; d'autres débris étaient sur les mors de la pince. L'examen microscopique nous montra une structure fibro-glandulaire du tissu conjonctif dense, à fibres réunies en faisceaux compactes; quelques fibres du tissu élastique, cellules fusiformes très-serrées; de très-petits vaisseaux, un nombre assez considérable de glandules hypertrophiées et quelques cellules à cils vibratils.

Mme ***, gardée en observation pendant plusieurs jours, était complétement et pour ainsi dire instantanément guérie. Elle respirait tout à fait normalement; sa toux disparut complétement, son sommeil devint tranquille, et la voix, sonore et vibrante, garde à peine une légère altération dans quelques notes aiguës.

L'examen laryngoscopique, fait pour la dernière fois trois jours après l'opération, permet de reconnaître une trace presque imperceptible près de l'angle antérieur de la corde vocale gauche, qui n'est autre que le point où la tumeur était insérée. Ce vestige explique le défaut de sonorité des notes les plus aiguës, ce qui n'aurait quelque importance que si la malade chantait, sa voix étant devenue, pour le langage ordinaire, tout à fait normale.

Quant aux quelques glandes hypertrophiées de l'épiglotte, j'ai cru opportun de ne point m'en occuper, attendu que la malade n'accuse, depuis l'opération, ni gêne ni trouble d'aucun genre.

A propos de cette observation, M. Guyon rappelle qu'il a fait, le 4 août 1869, un rapport sur une opération de thyrotomie pratiquée par le docteur Krishaber. Il s'agissait d'un polype fibreux inséré dans le ventricule gauche du larynx. Ce malade a été revu par M. Guyon il y a quelques jours. Il a pu constater le maintien de la guérison; le larynx examiné montre que cet organe est dans un état d'intégrité absolue. Au point de vue fonctionnel, le résultat est non moins complet.

Il est intéressant de constater à une aussi longue échéance la guérison d'une opération de cette importance.

Sur les conclusions du rapporteur, la Société vote l'insertion au **Bulletin**.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Amputation sous-astragalienne ; reproduction d'une partie du calcanéum. — M. DESPRÉS montre le moule d'un moignon d'amputation sous-astragalienne, où il est apparent qu'il y a eu

une reproduction d'une portion du calcanéum. M. le docteur Dubois de Marville, dit-il, m'a envoyé ce moule, qui a été pris neuf mois après l'opération sur un soldat du 8e d'artillerie, Eugène (Charles), que j'ai amputé à Beaugency, quatre heures après sa blessure. M. Dubois pensait que j'avais pratiqué l'amputation médio-tarsienne, et me faisait savoir qu'il n'y avait pas de renversement du talon. Ce confrère dit : « le calcanéum obéit à des mouvements fort étendus en arrière, en haut et en dehors... Lorsque le calcanéum revient en flexion, il y a action des fléchisseurs si bien combinée avec ce mouvement, mettant la cicatrice elle-même en jeu, que l'on croirait que les fléchisseurs de la jambe font la flexion du moignon, tandis que le tendon d'Achille en fait l'extension. »

Il y a ici, messieurs, une reproduction d'os. Je sais bien que l'on a noté qu'il se reproduisait un peu d'os dans le bout du tendon d'Achille, à la suite des opérations sous-astragaliennes, mais ce n'est pas au point où sont ici les choses, d'après ce que l'on voit sur ce moule, surtout à la partie postérieure et au-dessous de l'astragale.

On peut expliquer cette reproduction, plus considérable que les reproductions de ce genre pour la même opération, reproduction que M. Ollier m'a dit avoir observée, mais à un degré beaucoup moins appréciable, par le décollement traumatique du périoste sur les os, à une grande distance des fractures par coup de feu. En effet, mon malade avait eu l'avant-pied emporté par un obus. Un ébranlement considérable avait eu lieu, et nous verrons tout à l'heure qu'il n'était pas borné aux os du pied. Le périoste du calcanéum avait été détaché, et, sans doute, je l'avais ménagé ou j'en avais ménagé des portions étendues, en rasant les os. De là cette reproduction aussi considérable d'un os au-dessous de l'astragale.

A l'occasion d'un rapport sur des nécroses totales des os, à la suite des plaies par armes à feu, j'ai déjà insisté sur ce fait du décollement du périoste, loin des points frappés par des balles ou des éclats d'obus, décollement qui s'effectue au moment où le coup est reçu et s'étend très-loin sur les parties de l'os intact. Les articulations n'arrêtent pas la transmission du décollement périostique, et sur le moule que je vous présente, vous voyez une cicatrice enfoncée, trace de l'ouverture d'un abcès sous-périostique qui s'est formé sous mes yeux, sur le tibia, là où je sentais un épanchement sanguin au moment de la blessure. Là le périoste avait été décollé au moment de la blessure ; ce n'était pas le résultat d'un de ces épan-

chements de sang consécutifs que M. Le Fort avait reconnu capable de décoller le périoste, lorsque le rapport que je vous ai présenté a été discuté.

Le décollement traumatique du périoste a été certes reconnu, lorsque Begin, Dupuytren admettaient des esquilles libres et des esquilles adhérentes ; ils avaient certes la connaissance des faits de décollement du périoste, mais ils n'avaient point vu le décollement du périoste à grande distance sur les parties intactes des os.

M. LE FORT. J'ai dit que c'était surtout l'inflammation qui causait le décollement du périoste.

M. VERNEUIL. La reproduction d'os, au niveau de l'insertion du tendon d'Achille, est un fait reconnu après l'amputation sous-astragalienne. Quant à l'ébranlement des os à la suite des plaies de guerre, le fait a été constaté par M. Muron, et M. Després aurait pu rappeler ce travail. Il manque d'ailleurs une preuve. A-t-on cherché quel était le volume de l'os reproduit, à l'aide d'aiguilles à acupuncture introduites comme l'avait proposé Malgaigne, pour se rendre compte de la situation et du volume des os ? On ne peut donc dire rien de certain.

M. CHASSAIGNAC. On peut expliquer le décollement périostique par la production d'épanchements sanguins. J'ai fait sur le cadavre des expériences qui sembleraient le prouver, en cherchant à sectionner les os avec une cisaille de Liston. J'ai vu sourdre une pluie de sang des os ; un choc sur un os vivant est capable de produire des phénomènes semblables et de causer une suffusion sanguine sous le périoste.

M. LARREY. Il y a des faits de reproduction du calcanéum. Malespine, je crois, avait réséqué un calcanéum nécrosé et avait obtenu une reproduction osseuse. Le fait présenté par M. Després rentre dans la série des faits de reproductions diverses des os qui ont été publiés dans les Bulletins de la Société.

M. DESPRÉS. Le mémoire de M. Muron, publié dans la *Gazette médicale*, a été cité dans mon rapport sur l'observation de M. Chipault. Je me suis appuyé sur les recherches de M. Muron pour expliquer les nécroses consécutives aux plaies des os. Il a bien vu la contusion des os et les épanchements de sang dans le canal médullaire des os. Il n'a pas insisté sur le décollement traumatique du périoste.

De mon côté, j'ai voulu faire remarquer seulement ce point, c'est que dans les fractures par coups de feu, le périoste était décollé dans une assez grande étendue loin des parties fracturées ; et

je n'hésite pas à penser que nous retrouverons dans nos hôpitaux les mêmes faits de décollement du périoste au loin dans le cas de mutilation des membres par les machines.

M. FORGET. Je ne trouve pas que le fait présenté par M. Després prouve la loi qu'il veut établir. Je vois bien un peu de calcanéum reproduit ou au moins quelque chose qui y ressemble. Le fait n'est pas concluant. Peut-on dire que c'est le périoste du calcanéum qui a reproduit de l'os? On n'en sait rien.

M. Broca a signalé ici un fait de reproduction d'une portion du radius où il y avait quelques noyaux osseux au milieu du tissu fibreux. Lisfranc, pour des résections de la mâchoire, avait souvent cherché à enlever l'os en rasant le périoste, il n'a obtenu que du tissu fibreux avec quelques noyaux osseux. En somme, le fait de M. Després n'est pas assez concluant pour prouver la théorie.

M. SÉE. L'insertion du tendon d'Achille sur le calcanéum est peu étendue; elle se fait sans l'intermédiaire du périoste. Il me paraît difficile qu'elle reproduise de l'os. Ce qu'il y a d'apparent sur ce moignon, c'est une tubérosité osseuse; est-il certain que le calcanéum n'a pas été laissé?

M. DESPRÉS. C'est moi qui ai pratiqué la désarticulation sous-astragalienne.

M. TRÉLAT. Le décollement du périoste est admis depuis longtemps. M. Vaslin, après d'autres, en a cité des exemples dans sa thèse.

M. CHASSAIGNAC. J'ai amputé un blessé qui avait eu une balle dans la partie inférieure du bras. J'ai trouvé une poche périostique pleine d'esquilles, et, quand j'ai voulu couper l'os, j'ai été obligé de remonter jusqu'à la gouttière radiale pour trouver le périoste adhérent.

M. DESPRÉS. Je répondrai à M. Forget que je ne me sers pas du fait actuel pour établir la théorie. Au contraire, je me sers de la théorie pour expliquer le fait : l'os reproduit ici en assez grande quantité, l'est parce qu'il a été conservé du périoste, qui était décollé par l'effet du choc et de l'ébranlement des os du pied.

Oui, on a cité des faits de décollement du périoste, mais dans les points où il y avait des fissures, que l'on a appelé les fractures avec conservation du périoste : oui, cela est connu. Mais je dirai à M. Trélat que ce qui a besoin d'être dit et répété, c'est que le périoste est décollé parfois loin du point fracturé, sur les parties intactes de l'os, sur le tibia, pour des fractures du cou-de-pied, sur le fémur, pour les coups de feu dans le genou. Il en ressort une

indication thérapeutique : quand l'on ampute, il faut amputer *trés-loin* au-dessus des fractures par coup de feu, si simples qu'elles paraissent, sous peine d'avoir des nécroses dans le moignon.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 24 AVRIL 1871.

Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — la *Revue médicale de Toulouse*; — l'*Art dentaire*. — Trois brochures de M. le docteur Marmisse : *Tumeur hydatique développée dans l'intérieur du lobule de Spigel; Recherches statistiques sur les décès diphthéritiques; Trachéotomie* in extremis. — Une brochure de M. le docteur Guéniot : *De la guérison par résorption des tumeurs dites fibreuses de l'utérus*.

M. LARREY présente, au nom de M. le professeur Beau (de Toulon), un travail manuscrit sur les appareils hyponarthéciques à double plan.

COMMUNICATIONS

Contracture du muscle couturier. Myotomie. — M. FLEURY (de Clermont) adresse l'observation suivante :

Une jeune fille de la campagne, âgée de 27 ans, d'une constitution assez forte, n'a jamais été malade jusqu'à présent. Elle se plaint

seulement d'éprouver de temps en temps quelques douleurs rhumatismales; à cela près, sa santé était satisfaisante à l'époque où a eu lieu l'accident qui l'a conduite à l'Hôtel-Dieu de Clermont.

Le 2 février dernier, en se baissant pour allumer son feu, elle éprouva en se relevant la sensation d'un craquement au niveau du pli de l'aine gauche. Il lui est impossible de se relever, et elle est forcée de se coucher sur le pavé de sa cuisine, d'où on la porte sur son lit.

Comme elle avait parfois senti des douleurs de rhumatisme, elle ne se préoccupa pas trop de cet accident. Le médecin qu'elle fit appeler partagea sa manière de voir et se borna à lui conseiller quelques frictions sur le membre malade.

Trois semaines s'écoulèrent ainsi, sans que son état parût s'améliorer; elle se décida alors à venir à l'hôpital de Clermont, où elle fut admise le 27.

Ce qui nous frappe de prime abord, c'est l'attitude de la malade et la différence de volume des deux membres: la cuisse gauche a, en effet, 3 centimètres de circonférence de moins que la droite; de plus, elle est fléchie sur le bassin, et, si on cherche à l'allonger, on détermine une douleur assez vive au pli de l'aine; en même temps, le bassin s'infléchit sur le membre pelvien, comme on l'observe chez les enfants qui sont atteints de coxalgie.

En palpant le membre, on sent au niveau et un peu en dedans de l'épine antérieure et supérieure de la crête de l'os des iles une sorte de gros cordon dur qui se dirige obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, et que l'on perd au niveau de la partie moyenne et interne de la cuisse; la pression n'y détermine aucune douleur, il devient dur et tendu lorsque l'on allonge le membre.

Lorsque la malade est debout, elle ne peut marcher qu'avec le secours d'un bras ou d'un bâton; le tronc fléchit en avant. Les premiers jours où elle s'est levée, elle accusait même une douleur assez vive au côté interne du genou. Le cordon que l'on sent a la direction et les rapports du couturier; il paraît seulement un peu porté en dedans et plus volumineux qu'à l'état normal. Le tendon du droit antérieur de la cuisse est bien plus en arrière et ne pourrait être senti aussi facilement.

Ce premier muscle s'est-il déplacé? s'est-il rompu ou rétracté dans l'effort qu'a fait la jeune fille pour se relever?

Les tendons longs et grêles, comme ceux des péroniers, peuvent bien sortir de leurs gaînes. J'ai signalé à la Société un déplacement du tendon de la longue portion du biceps brachial, mais on ne peut

en dire autant du tendon du couturier, qui est fixé trop fortement dans la région qu'il occupe.

Ce muscle se serait-il rompu dans l'effort qu'a fait la malade pour se relever? On ne peut pas admettre cette hypothèse, il n'y a eu aucune secousse violente, point de douleurs, point d'ecchymoses.

Le muscle se serait-il enflammé, et plus tard rétracté? Mais alors l'accident n'aurait pas été instantané. Je ne vois donc aucune explication rationnelle à donner de ce fait, et je serais désireux de connaître l'opinion des membres de la Société de chirurgie.

A défaut d'explications, l'indication curative était formelle; il fallait couper la corde en pratiquant la section du muscle.

Cette opération a été faite le 14 mars. Le tendon du couturier a été incisé au niveau et un peu au-dessous de son insertion, à l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles. La cuisse a pu être immédiatement allongée sans faire éprouver à la malade une douleur bien vive.

Huit à dix jours de repos ont été nécessaires pour favoriser la cicatrisation de la peau. Au bout de ce temps, la malade s'est levée, le tronc s'était redressé, mais la jambe était toujours très-faible.

Le temps et un exercice graduel rétabliront probablement les choses dans leur ancien état.

Marie D..., c'est le nom de la malade, n'est sortie qu'au bout d'un mois, mais il faut ajouter qu'elle a eu pendant ce temps un érysipèle à la face, qui a retardé sa guérison sans exercer du reste aucune influence sur les suites de l'opération.

Sur les causes et le mécanisme des érysipèles précoces. — M. VERNEUIL. On a beaucoup discuté sur les causes de l'érysipèle. Pour les uns, encore aujourd'hui, c'est un exanthème, pour les autres une maladie primitivement locale. Pour les uns, il peut être spontané; pour les autres, il ne l'est jamais, et pour ces derniers, l'érysipèle a toujours été précédé d'un accident antérieur ou d'un traumatisme, et je me rallie entièrement à cette opinion qui tend à prévaloir.

Je ne veux pas entrer ici dans la discussion de la contagion de l'érysipèle admise par les uns, rejetée par les autres. Je me borne à dire qu'il est une variété d'érysipèle où l'individu se donne à lui-même un érysipèle par une sorte d'auto-inoculation.

Cette variété d'érysipèle traumatique, que je veux distinguer des autres, a pour caractère d'être précoce, c'est-à-dire de suivre le traumatisme de très-près Ces érysipèles arrivent parfois le soir ou

le lendemain de l'opération. Ce caractère me paraît excessivement important, et l'on ne peut pas dire que ce soit une contagion de voisinage d'un malade à un autre qui engendre des phénomènes aussi rapides, car on ne voit pas d'éruptions, si contagieuses qu'elles soient, se transmettre dans un laps de temps aussi court.

Je suis sur la voie du mécanisme des érysipèles précoces.

Lorsque nous voyons apparaître les érysipèles à la suite des ablations de tumeurs, des amputations, c'est vers le 5e ou le 6e jour, et dans ces cas il faut remarquer que la section a porté sur des tissus sains.

Au contraire, les érysipèles précoces se développent à la suite de petites opérations sur des parties qui sont en voie de suppuration; ainsi l'exploration d'une fistule osseuse que l'on fait saigner, l'extraction d'une esquille dans une plaie, une contre-ouverture pour passer un drain. J'ai même vu un malade qui avait un érysipèle chaque fois qu'on explorait sa fistule. L'arrachement de la dernière croûte qui recouvre une plaie a été cause d'un de ces érysipèles.

Les trois faits récents sur lesquels je m'appuie aujourd'hui sont les suivants :

Un individu atteint de panaris inflammatoire très-violent avait une gangrène du doigt. J'ampute le doigt. Le malade eut le soir un frisson violent. Le lendemain, il y avait une angioleucite bientôt transformée en un érysipèle. Une femme avait un rétrécissement de l'anus, que j'ai opéré par un procédé particulier; un érysipèle survint, qui l'emporta. Dans un autre cas, j'ai opéré, par suture des paupières, un ectropion consécutif à un abcès de la tempe qui avait passé dans l'orbite. Il restait un clapier. Je ne touchai pas au décollement. Cependant le foyer communiquait avec la plaie laissée par le lambeau. J'y plaçai un drain. Le lendemain, l'élévation de la température, que je tiens pour tout à fait caractéristique, apparut, et le surlendemain l'érysipèle était évident.

Dans tous ces cas d'érysipèles précoces, il y avait d'une part un traumatisme, de l'autre un foyer de suppuration. Vous voyez là deux parts, une qui revient au chirurgien, l'autre qui revient au malade. Il se passe ici, par le fait, quelque chose d'analogue à une inoculation. C'est comme si le chirurgien prenait sur sa lancette du pus d'un malade pour le lui inoculer. On ouvre largement une série de vaisseaux lymphatiques dans un lieu voisin d'un autre qui verse du pus ou des matières septiques. L'absorption se fait, et

il y a érysipèle ou angioleucite, ou plutôt l'un et l'autre. Plus je vais, en effet, et plus je me persuade que l'angioleucite et l'érysipèle ne sont pas différents. Même début par un accroissement énorme de la chaleur, même fièvre, même marche. Mais, messieurs, ma communication n'a point pour but de développer cette idée. Je dis cela seulement en passant, et j'en tire cette conclusion pratique que les érysipèles septiques peuvent être prévenus. J'ai pris le parti, d'après les convictions que je viens de vous exposer, de cautériser ou toucher avec la teinture d'iode toutes les incisions que je pratique pour des lésions suppurantes. C'est là une précaution à l'efficacité de laquelle je n'hésite pas à attribuer grande valeur.

M. DESPRÉS. Quoique la contagion de l'érysipèle ne soit point ici en discussion, permettez-moi de dire qu'elle n'existe pas. Elle n'est nullement démontrée. Ni les faits de M. Fenestre ni de M. Martin ne sont concluants. Il ne suffit pas de dire qu'un mal est contagieux parce qu'un malade d'une salle voisin d'un autre érysipélateux a eu un érysipèle. Sans cela, par le même argument, on vous montrerait que les règles sont contagieuses.

Les règles de beaucoup de femmes avancent lorsqu'elles entrent à l'hôpital, et quand une malade a ses règles à côté d'une autre, est-ce que l'on admet que l'apparition prématurée des règles est contagieuse? Mais je n'insiste point davantage. J'ai entendu M. Verneuil établir que les érysipèles développés autour de plaies faites près d'un point en suppuration apparaissaient rapidement, que l'angioleucite et l'érysipèle étaient de même nature. Je dois dire que je suis entièrement de son avis, car c'est précisément sur ces deux propositions que je me suis appuyé, dans mon mémoire sur l'érysipèle, pour prouver que l'érysipèle était exclusivement une maladie des lymphatiques, et qu'il n'était point contagieux. Je disais que, les vaisseaux lymphatiques ouverts, il y avait tantôt angioleucite, tantôt érysipèle, ou l'un et l'autre à la fois. Le pus aspiré par un gros lymphatique cause une angioleucite, puis lorsque, par le fait de l'angioleucite, le vaisseau est oblitéré, l'absorption a lieu par les réseaux, et l'érysipèle a lieu, et *vice versa*. Je m'appuyais d'ailleurs sur l'opinion moins explicite de Blandin. M. Verneuil a exprimé d'une façon assurément meilleure les faits; mais je tenais à rappeler ces idées qui m'ont été chères. Je voudrais, en terminant, faire remarquer que M. Verneuil a opéré dans des conditions où l'érysipèle était presque inévitable. Anciennement, lorsque la gangrène ou l'inflammation n'était point arrêtée, on jugeait les opé-

rations contre-indiquées ; pour le panaris et l'ectropion, auxquels a fait allusion M. Verneuil. Le fait est évident.

M. VERNEUIL. Si l'érysipèle n'est pas inoculable d'un malade à un autre, s'il n'est point contagieux, il est au moins infectieux et épidémique; et je voulais insister sur le fait palpable de l'auto-inoculation. M. Desprès dit qu'il y avait contre-indication aux opérations que j'ai pratiquées; mais la gangrène était bien limitée, et quant au foyer de l'orbite il était très-ancien. S'il y avait réellement contre-indication dans ces cas, on ne devrait pas faire de résection pour les tumeurs blanches avec fistules.

M. CHASSAIGNAC. L'érysipèle et l'angioleucite sont complétement distincts; les différences sont nombreuses. En voici quelques-unes, les principales :

L'angioleucite est une phlegmasie des réseaux sous-épidermiques; il y a des traînées rouges; on voit des réseaux séparés par des losanges de peau saine; il y a des ganglions engorgés auxquels se rendent les vaisseaux enflammés.

L'érysipèle a des bords festonnés; la rougeur y est tout d'une venue; il n'y a point de lignes régulières. L'érysipèle peut commencer par la main, remonter au bras, puis redescendre sur la main, ce qui n'a point lieu pour l'angioleucite. Je ne nie point que l'érysipèle puisse aller avec l'angioleucite; Chomel avait reconnu que les deux maladies pouvaient fusionner. Dans l'angioleucite des réseaux, il n'y a jamais de phlyctènes; dans la majeure partie des érysipèles, il y a des phlyctènes. L'érysipèle s'accompagne d'un état général grave : dans l'angioleucite, les malades demandent quelquefois à manger.

Je crois aux érysipèles spontanés; je connais une dame qui depuis trois ans a chaque année un érysipèle de la face.

Pour ce qui est de la transmission de l'érysipèle, je crois à la contagion.

M. DESPRÉS. Il y a au crâne et à la face un réseau lymphatique superficiel et de nombreux troncs lymphatiques; je croirai à la distinction nette de M. Chassaignac quand on nous montrera l'angioleucite et l'érysipèle du crâne et de la face avec les caractères tranchés qu'il vient d'indiquer.

M. BLOT. C'est à M. Desprès de nous donner des preuves. J'ai fait souvent chez Velpeau, notre maître commun, à M. Després et à moi, la différence entre l'érysipèle et l'angioleucite. On a donné aussi aux érysipèles une durée de quinze, huit ou sept jours. Ceci n'est pas exact; l'érysipèle procède par poussées de quatre en quatre

jours, ce qui n'a pas lieu pour l'angioleucite. Je ne suis pas édifié par la théorie de M. Verneuil, je ne puis accorder davantage que l'érysipèle succède toujours à une lésion des muqueuses ou de la peau. J'ai vu un enfant nouveau-né, dans la famille d'un de nos confrères, qui eut un érysipèle qui débuta sur le dos, là où il n'y avait aucune espèce de lésion. L'enfant était tenu dans un état d'excessive propreté et nulle lésion n'eût pu être méconnue. Les érysipèles spontanés de la face sont précédés de phénomènes généraux pendant trois jours, puis l'érysipèle apparaît aux lèvres. J'admets qu'il y a là un état général analogue aux fièvres éruptives.

Dans les érysipèles traumatiques, en est-il de même? Je le crois, et je réserverais des doutes pour les faits de M. Verneuil.

M. LE FORT. Pour la question d'identité de l'angioleucite et de l'érysipèle, je me rapprocherais de M. Després; mais la question de contagion me paraît devoir être tranchée par l'affirmative.

M. CHASSAIGNAC. M. Després semble admettre un réseau lymphatique superficiel à la face et un réseau lymphatique sous-cutané; il n'y a que les troncs lymphatiques qui soient sous-cutanés. Dès lors on conçoit la divergence entre lui et moi. Je vais maintenant plus loin : pour moi, l'érysipèle se passe dans les capillaires sanguins, et je l'appellerai volontiers une capillarite sanguine; l'angioleucite, réticulaire au contraire, se passe dans les lymphatiques, depuis les réseaux à la main par exemple, jusqu'aux ganglions.

M. DESPRÉS. M. Chassaignac m'attribue une opinion qui n'est pas la mienne; j'ai dit : il y a à la face et au crâne un réseau capillaire sous-épidermique et des troncs lymphatiques plus ou moins profonds, et je maintiens mon argument en attendant qu'il y soit répondu.

M. VERNEUIL. La discussion a dévié sur deux phrases incidentes de ma communication, la similitude de l'érysipèle et de l'angioleucite et la spontanéité de l'érysipèle.

Je voudrais voir M. Blot en face de certains cas; j'avoue que j'ai rencontré bien des faits où la distinction entre l'érysipèle et l'angioleucite est impossible. Je vois des traînées rouges un jour, le lendemain il y a des plaques rouges, puis de nouvelles traînées, puis tout le membre devient rouge; je ne saisis pas là les caractères tranchés indiqués par M. Chassaignac.

Notre collègue dit aussi que l'érysipèle a son siége dans les vaisseaux sanguins; je m'inscris contre cette théorie, que rien ne prouve. Je répondrai à M. Blot : oui, on n'a pas trouvé toujours la porte d'entrée de l'érysipèle; mais depuis qu'on y regarde, les faits néga-

tifs sont beaucoup plus rares. Dans les faits que M. Blot signale comme des exemples de prodromes d'une durée de quatre jours, il y a une lésion, c'est celle qui a produit les accidents caractérisés sous le nom de prodromes, c'est-à-dire un herpès guttural. Les faits tels que cet érysipèle du dos chez un nouveau-né sont très-prodigieusement rares, et avant de dire qu'il n'y avait rien, il faut songer qu'on a vu l'érysipèle naître autour d'une plaie microscopique. Chez une de mes malades, atteinte de fracture du bras, un érysipèle de la face, partant des narines, est survenu. En regardant les choses superficiellement, j'avais pu croire à un érysipèle spontané, mais je me suis rappelé que, la veille, la malade avait eu un épistaxis ; or je ne connais pas d'épistaxis sans plaie d'un vaisseau : il y avait donc une lésion.

Il y a dans mon esprit quelque obscurité sur les faits d'érysipèle arrivant à distance des plaies sur un autre point du corps, loin du mal primitif. Il y a des cas réfractaires à l'interprétation.

Je dirai à M. Blot que l'érysipèle n'est point une fièvre éruptive. L'érysipèle est annoncé, au début, par une élévation énorme de température, et ensuite par des oscillations qu'on ne trouve point dans les fièvres. Je réponds à M. Chassaignac que l'appétit existe dans le cours des érysipèles, que ce n'est pas le propre de ce qu'il appelle l'angioleucite et que, dans l'érysipèle comme dans l'angioleucite, il y a des poussées successives et des retours au point primitivement malade.

M. SÉE. Les fièvres éruptives ont un caractère essentiel, c'est de ne point affecter deux fois, à de courts intervalles, le même individu. Il y a des érysipèles à répétition, au contraire, et c'est là, à mon sens, un caractère distinctif.

M. BLOT. Il y a des fièvres éruptives qui se montrent parfois par poussées comme l'érysipèle. A cet égard, il me semble qu'il pouvait être utile de réunir à nous des médecins pour traiter la question de l'érysipèle spontané.

M. TRÉLAT. L'érysipèle est une maladie infectieuse où l'angioleucite entre à titre de facteur. Le domaine des lymphathiques n'est pas établi nettement. On ne sait point où est la racine des lymphatiques. Les recherches modernes montrent toutefois que les fonctions des lymphatiques expliquent l'extension de l'érysipèle.

En somme, l'angioleucite doit être considérée comme un élément anatomo-pathologique de l'érysipèle, qui est une maladie infectieuse.

Je dirai à M. Blot que ce qui distingue l'érysipèle des fièvres éruptives, c'est que ces dernières sont générales, d'emblée, tandis que l'érysipèle est toujours plus ou moins limité.

Je dirai à M. Verneuil que parmi les prodromes de l'érysipèle, l'augmentation de la chaleur n'est pas un fait constant. Dans les cas graves, il y a augmentation de chaleur et d'autres prodromes graves; mais, dans d'autres cas intermédiaires entre l'érysipèle et l'angioleucite, il n'y a rien. J'avais, à la Pitié, une infirmière qui était prise de temps en temps d'érysipèles atoniques qui ne s'accompagnaient d'aucune réaction.

M. VERNEUIL. Je répondrai à M. Blot que nous n'avons pas besoin des médecins, que nous avons leurs livres, ceux de MM. Béhier et Gubler, l'article de Dictionnaire de M. Raynaud, et tous s'accordent, avec Trousseau et Piorry, pour admettre une lésion originelle qui donne lieu à l'érysipèle.

M. BLOT. M. Verneuil interprète mal les idées de M. Gubler. Ce médecin ne nie pas qu'il y ait un état général précurseur.

M. VERNEUIL. Neuf cent quatre-vingt-dix-neuf érysipèles sur mille peuvent être rattachés à une lésion traumatique initiale.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

Appareil à suspension double pour plaies du bras. — M. MARCHAL présente un des appareils qu'il a construits pour le docteur Beau. (Renvoyé à la commission déjà nommée.)

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 1er MAI 1872.

Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente seance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — *L'Union médicale*; — *La Gazette hebdomadaire*; — Le *Bulletin général de thérapeutique*; — Le *Bulletin médical de l'Aisne*; — Le *Bulletin médical du Nord de la France*; — Le *Lyon médical*; — Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique pour* 1872. — *Mémoires couronnés et autres mémoires publiés par l'Académie royale de Belgique*; — *Des résultats définitifs des résections dans la guerre de* 1864, *armée danoise*, par le docteur Ad. Hannover.

M. le docteur Beau, professeur à l'École de médecine de Brest, demande à être inscrit au nombre des candidats à la place de membre correspondant national. M. Beau envoie un nouveau travail à l'appui de sa candidature; ce travail est intitulé : *Nouvelle méthode de résection des nerfs de la face*. M. Beau sera inscrit sur la liste des candidats et son nouveau travail renvoyé à la commission déjà nommée.

M. VERNEUIL présente, au nom de M. Alfred Fournier, un ouvrage intitulé : *Jean de Vigo. Le Mal français*, 1514. Des remercîments seront adressés à l'auteur.

RAPPORT

Opération d'uranoplastie. — M. TILLAUX fait un rapport sur les observations suivantes :

Note sur deux cas d'uranoplastie, par M. Lannelongue.

Dans les deux observations qui font le sujet de ce travail, j'ai pratiqué la palatoplastie, et l'une de ces opérations a été suivie

d'un succès complet; dans l'autre, j'ai obtenu le résultat que je désirais et que j'aurai l'honneur de vous soumettre en vous présentant mon opéré.

Sur l'un de mes malades, dont je soumets à la Société l'observation, je me suis légèrement écarté de la pratique ordinaire, mais en cela j'ai été guidé par l'observation, qui ne m'est pas personnelle, d'un sujet atteint d'une perforation analogue, chez lequel il survint après l'opération une gangrène totale de l'un des lambeaux; or c'était ce résultat que je ne voulais pas atteindre.

Mon premier opéré est une femme de 36 ans, pour une perforation de la partie médiane de la voûte palatine, occupant à peu près la partie moyenne de cette voûte. Cette perforation, dont l'origine remontait à plus d'un an, était consécutive à une nécrose syphilitique.

Lorsque je la vis, dans les premiers jours de septembre dernier, je constatai que la perforation avait la forme d'un ovale, dont le plus grand axe, dirigé dans le sens antéro-postérieur, dépassait 1 centimètre 1/4; le plus grand diamètre transversal atteignait de 7 à 8 millimètres; les bords étaient lisses et formés par un tissu cicatriciel. Cette perforation ne donnait pas lieu à un nasonnement excessif, mais cette femme était surtout tourmentée par le passage des liquides dans la cavité nasale toutes les fois qu'elle buvait; aussi insistait-elle pour être opérée au plus vite.

Le 28 septembre, je pratiquai parallèlement à chacun des bords de la perforation, et distantes de plus de 1 centimètre, deux incisions dépassant en avant et en arrière les limites de l'ouverture accidentelle; puis je décollai sur les os ces deux lambeaux dans une étendue de 3 à 4 millimètres, en me dirigeant vers les bords de la perforation. Ce décollement fut facile et assez promptement fait. A ce moment, les deux lambeaux que j'avais circonscrits restaient encore adhérents au pourtour de la perforation sous une zone circonférencielle de 5 à 6 millimètres, et ils n'étaient séparés du reste de la muqueuse palatine que par mes deux incisions latérales. Là se borne l'opération préliminaire que j'avais conçue, et ce ne fut que sept jours plus tard que je terminai l'opération, dont le premier temps n'était en quelque sorte que l'acte préparatoire. Durant cet intervalle, chaque jour, j'avais le soin de pénétrer avec un stylet dans toute la longueur de mes incisions latérales, et je soulevais légèrement la partie libre de chaque lambeau, sans insister sur ces tentatives. Les modifications présentées par chacun de ces lambeaux sont d'ailleurs des plus simples; les lambeaux que j'avais

ménagés rougirent et se tuméfièrent, et ce fut vers le quatrième jour que ces phénomènes atteignirent leur plus grande intensité; puis ils allèrent en décroissant jusqu'au septième jour; à ce moment, les bords de chacun d'eux fournissaient un peu de suppuration. C'est à cette époque que je pratiquai l'opération fondamentale, en suivant les principes de Baizeau: je fis un avivement en biseau des bords de la perforation; j'achevai le décollement des lambeaux et je procédai à la suture métallique. Cinq points de suture furent successivement appliqués. Le dernier des points de suture fut enlevé le septième jour, et les autres le cinquième et le sixième jour, deux chaque jour.

Dans cette seconde partie de l'opération, j'avais mis à découvert une partie de la surface osseuse de la voûte palatine; cette partie se recouvrit d'une couche grisâtre, puis elle fournit un peu de pus, et quand j'enlevai le dernier point de suture il existait déjà quelques bourgeons charnus. Le quinzième jour, la surface était à peu près cicatrisée, l'union des bords des lambeaux solide, la malade ne nasonnait plus; j'avais permis, dès le dixième jour, de manger des biscuits trempés dans du vin et quelques aliments de molle consistance. Le quatorzième et le quinzième, elle prenait une nourriture plus solide, et c'est à ce moment que je l'ai perdue de vue.

Je n'ignore pas que peut-être une guérison aussi complète eût pu être obtenue; mais, convaincu que la mortification des lambeaux dans les autoplasties, lorsqu'il n'y a ni flexion, ni distension, ni tiraillement des pédicules, reconnaît pour cause l'insuffisance de la circulation; persuadé que la vitalité d'un lambeau autoplastique est d'autant mieux assurée que le sang y circule dans des voies plus nombreuses et plus larges, j'ai cherché à remplir ces indications. Et il me suffira de rappeler les modifications survenues dans ces lambeaux les premiers jours qui ont suivi mon opération préliminaire, pour indiquer qu'un travail de congestion s'opérait, travail qui favorisait le développement de la petite circulation. J'ai même hésité à terminer mon opération le cinquième jour, mais j'ai craint la friabilité de mes lambeaux, ainsi que l'exagération de ce mouvement fluxionnaire en leur faisant subir de nouvelles atteintes. Et après avoir obtenu ce succès, je n'hésite pas à dire que, dans un cas de restauration totale de lèvre inférieure et d'une partie de la peau du menton où j'ai appliqué la méthode de Chopart, j'aurais eu recours à cette même pratique. Obligé de prendre sur le cou un lambeau très-considérable, je vis à regret survenir un sphacèle de la moitié libre de mon lambeau. N'aurais-je pas évité, en favori-

sant par des incisions combinées de manière à ne pas nuire à mon autoplastie, le développement de la circulation collatérale du lambeau? Enfin, ne pourrait-on pas aussi recourir à ce procédé dans les cas où les lambeaux que l'on va prendre pour combler le déficit sont constitués par un tissu médiocrement vasculaire, lorsque l'on prend des lambeaux de tissu cicatriciel, par exemple?

Le sujet qui fait l'objet de ma seconde observation, dont je ne donne aujourd'hui qu'un court résumé, car je n'ai pas terminé les essais de restauration que je me propose d'obtenir, est venu à l'hôpital de la Charité pour un bec-de-lièvre unilatéral de la lèvre supérieure gauche, accompagné d'une division complète de la voûte palatine et du voile du palais.

En même temps qu'elle était bifide, la voûte palatine faisait en avant une saillie considérable.

La division congénitale de la lèvre supérieure n'atteignait pas la narine; elle était séparée de cette ouverture par une surface de 3 millimètres environ. Déjà ce jeune homme, âgé de 17 ans, avait été opéré une première fois sans succès à l'âge de 6 mois. Je procédai, dans les premiers jours d'octobre, à l'opération du bec-de-lièvre, d'après le procédé de M. Nélaton, après avoir préalablement enlevé la portion procidente de l'os intermaxillaire avec la pince de Liston. Cette portion comprenait la seconde incisive supérieure. 4 points de suture entortillée furent appliqués sur les bords avivés, et un 5e sur la portion de lambeau rabattu. Le quatrième jour, je retirai deux épingles, et le cinquième jour j'enlevai les deux dernières, placées aux extrémités de la suture. Aucun accident particulier ne vint troubler la guérison de mon opéré.

Relativement à la division congénitale de la voûte palatine et du voile, j'hésitai à tenter de remédier à une solution de continuité aussi étendue, car elle comprenait toute la longueur de la voûte et du voile, et il existait plus d'un centimètre et demi d'écartement entre les deux branches de la division. En étudiant chaque jour avec soin mon malade, j'entrevis la possibilité de combler une partie de la perte de substance en allant chercher un lambeau dans la cavité des fosses nasales. Il existait, en effet, chez mon malade, une cloison assez étendue des fosses nasales, quoique incomplète, et cette cloison s'implantait sur le bord de l'une des branches de la division palatine. Dès lors, je pouvais utiliser, pour la confection de mon lambeau, la muqueuse qui tapissait une paroi de cette cloison, si cette muqueuse offrait une suffisante épaisseur et une suffisante résistance. Cette tentative, d'ailleurs, ne compro-

mettait nullement toute opération par le procédé de Baizeau. Je la pratiquai le vendredi 20 octobre.

Détacher mon lambeau fut le premier temps de l'opération, temps d'ailleurs facile dès que j'en eus circonscrit les limites par une incision transversale antéro-postérieure et par deux incisions verticales : l'une postérieure sur le bord postérieur de la cloison, la seconde antérieure. Ce lambeau détaché restait adhérent par une base très-étendue, et là il se continuait avec la muqueuse de la voûte palatine du côte droit de la division congénitale. Dans un second temps, j'avivai le bord gauche de cette division palatine, et ce temps fut assez pénible à cause de la minceur de la muqueuse en ce point, et aussi parce que je désirais que cet avivement eût lieu sur une surface longue, et, en effet, ma surface avivée avait au moins un centimètre d'étendue en travers.

L'hémorrhagie, pendant ces deux temps de l'opération, fut fort médiocre et nullement gênante. Enfin, je terminai l'opération en appliquant cinq points de suture métallique que je serrai de manière à mettre en contact des surfaces saignantes étendues.

Dans les jours qui suivirent, aucun accident ne survint, il n'y eut qu'une congestion très-médiocre dans mon lambeau. Le malade n'éprouva aucune douleur.

Le sixième jour, j'enlevai le fil le plus inférieur; le lendemain les deux suivants, et enfin, le septième jour, les deux derniers. Pendant ce temps, le malade n'eut, comme alimentation, que des boissons ou de légers potages. Le huitième jour, il prenait déjà quelques aliments mous, et enfin, après le dixième jour, il mangeait la nourriture habituelle des malades.

Il y a aujourd'hui quinze jours que j'ai fait cette opération ; mais ce temps n'est pas assez long pour qu'il m'ait été donné de constater des modifications dans l'aspect de la muqueuse nasale déplacée. J'ignore d'ailleurs s'il s'en produira. Ce que l'on constate encore aujourd'hui, c'est la persistance de la sécrétion de cette muqueuse, quoique bien diminuée.

En vous exposant cette observation, je reconnais que j'ai commis une infraction à la règle des opérations autoplastiques qui prescrit de réparer la perte de substance avec des tissus analogues d'aspect et de structure. Dès lors, j'ai sacrifié sans nul doute la beauté du résultat, mais j'ai cherché la réussite, et aujourd'hui que ce premier point est obtenu, je serais désireux d'avoir les conseils des membres de la Société sur la conduite ultérieure à tenir pour achever ma restauration.

Rapport. — Messieurs, grâce surtout aux travaux de notre compatriote et nouveau collègue, M. Baizeau, l'uranoplastie est entrée définitivement dans la pratique. Les chirurgiens étrangers, M. Langenbeck entre autres, ont suivi cet exemple, et nous pouvons dire aujourd'hui, contrairement à l'opinion régnante il y a quelques années, qu'il est peu de perforations palatines congénitales ou acquises inopérables. L'opération en double pont de M. Baizeau a donc réalisé un progrès considérable.

Il me paraît opportun, messieurs, de ne vous entretenir que des deux points traités par M. Lannelongue, afin de les mettre en relief.

Le plus souvent, ce qui reste de la muqueuse palatine de chaque côté de la perforation suffit à combler la perte de substance ; mais si la perforation est très-large, plus large que le reste de la voûte, l'étoffe manquera inévitablement. Le procédé suivi par M. Lannelongue, dans une de ses observations, pourrait, en partie, parer à un inconvénient de ce genre. Sur un jeune homme de 17 ans, atteint de division congénitale de la voûte et du voile, il remarqua que la cloison des fosses nasales venait s'implanter sur l'un des bords de la perforation. L'idée très-ingénieuse lui vint de tailler sur cette cloison un lambeau quadrilatère aux dépens de la pituitaire, de le rabattre et de le fixer dans une situation horizontale avec le bord opposé de la perforation. La réunion a été parfaite ; vous avez vu ici le malade peu de temps après l'opération, alors que la pituitaire possédait encore les caractères physiques et physiologiques ; plus tard, elle a pris un aspect fibreux, et toute sécrétion a disparu.

Je pense, messieurs, que M. Lannelongue est le premier chirurgien qui ait agi ainsi. Le procédé est à coup sûr très-curieux, et, dans certains cas déterminés, pourrait, je pense, rendre grand service. J'ajoute que le malade en question, atteint de bec-de-lièvre unilatéral, de division congénitale de la voûte et du voile, vous a été présenté ici complétement restauré. J'espère que M. Lannelongue pourra nous dire plus tard si des modifications importantes sont survenues dans la phonation, ce dont il est malheureusement permis de douter.

L'accident le plus redoutable de l'uranoplastie, c'est la gangrène des lambeaux. Non-seulement l'opération échoue, mais la situation du malade en est aggravée. M. Lannelongue s'est vivement préoccupé d'éviter cet accident pour son second opéré, qui était une femme de 36 ans, atteinte d'une perforation médiane d'origine syphilitique.

Se basant sur les données de la physiologie pathologique, qui démontre qu'à la suite d'une plaie les vaisseaux nouveaux se développent dans chacune des lèvres de celle-ci, notre confrère s'est proposé d'utiliser cette disposition pour vasculariser les lambeaux latéraux et les mettre ainsi à l'abri de la gangrène. Il a pour cela pratiqué la restauration en deux temps. Dans un premier, une incision artéro-postérieure a été faite à une distance convenable de chaque côté de la perforation, et les bords internes ont été légèrement décollés. Il s'est borné là. Ces deux lambeaux, incomplétement détachés, ont rougi et se sont tuméfiés. Sept jours après, M. Lannelongue a terminé la restauration d'après la méthode de Baizeau, et le résultat a été complet.

C'est là une pratique ingénieuse et qui fait honneur à la sagacité de notre confrère, mais qu'on ne saurait cependant, il me semble, juger d'une façon définitive, car la gangrène des lambeaux est la grande exception dans la méthode de Baizeau. Je suis, quant à moi, dans une sécurité beaucoup plus grande vis-à-vis de la gangrène en conservant dans les lambeaux l'artère nourricière principale de la muqueuse du palais, l'artère palatine postérieure, ce que l'on peut touj urs faire avec une incision convenable.

Je vous propose, messieurs, d'adresser des remercîments à M. le docteur Lannelongue et de publier sa note dans le bulletin de la Société. — (Adopté.)

M. VERNEUIL. Il y a dans le rapport de M. Tillaux une question qu'on ne peut trancher qu'avec réserve. M. Baizeau a présenté ici un fait de palatoplastie heureuse, bien réussie, mais dont le principe opératoire avait été posé par Dieffenbach. L'autoplastie à deux lambeaux était indiquée avant M. Baizeau non-seulement pour les petites perforations, mais encore pour les larges divisions de la voûte palatine. Langenbeck, M. Erhmann et M. Rouge ont exposé et pratiqué la méthode, et, depuis les principes posés par Langenbeck, la palatoplastie réussit d'une manière très convenable.

L'idée de ne pas tailler de lambeaux, mais de décoller toutes les parties molles de la voûte palatine, appartient à M. Ollier, et Langenbeck même l'a reconnu.

Je pense donc qu'il faut attribuer à M. Baizeau le mérite d'avoir fait une bonne opération, mais qu'il ne faudrait pas dépouiller Langenbeck.

M. TRÉLAT. Je fais observer que le malade de M. Lannelongue n'est pas entièrement guéri, et je rappelle à M. Tillaux que la ques-

tion du retour de la phonation régulière a été traité dans un précédent rapport que j'ai lu à la Société, et où les conditions d'étendue du voile du palais étaient considérées comme nécessaires au rétablissement de la phonation.

M. TILLAUX. Je n'ai point résolu la question de retour de la phonation ; elle n'est point jugée. J'ai vu dernièrement un Américain qui me disait que, avec de bonnes restaurations, des malades n'avaient point retrouvé la phonation.

Je réponds à M. Verneuil que Langenbeck a publié son mémoire en 1860, et que M. Baizeau a publié son observation en 1858.

M. VERNEUIL. C'est Dieffenbach qui a fait les deux incisions.

M. TILLAUX. Langenbeck a eu la pensée de prendre le périoste avec la muqueuse, mais M. Baizeau n'a pas fait autre chose; il disait qu'il décollait la muqueuse de la voûte palatine, et pour cela, comme on le sait, il ne pouvait pas manquer de prendre le périoste, qui est intimement lié à la muqueuse.

M. VERNEUIL. C'est Dieffenbach qui a le premier posé les règles de la palatoplastie. M. Baizeau ne dit pas qu'il a enlevé le périoste. M. Tillaux dit que l'on enlève toujours le périoste en décollant la muqueuse de la voûte palatine; mais les prédécesseurs de M. Baizeau ne l'avaient pas fait, et les gangrènes des lambeaux qu'ils observaient sont là pour en témoigner. On détachait alors les lambeaux avec de petits couteaux courbes, et aujourd'hui on les détache avec des instruments mousses, depuis les règles posées par Langenbeck.

M. LARREY. Je partage l'avis de M. Tillaux. J'ai vu opérer Dieffenbach ; je ne l'ai pas vu mettre en pratique les procédés actuels. M. Baizeau a précédé Langenbeck, qui a généralisé et perfectionné le procédé, et plus tard M. Ollier a été plus loin.

M. GUYON. Notre honorable collègue a posé la question suivante Depuis quand l'opération de la palatoplastie réussit-elle d'une façon presque assurée, alors qu'elle échouait presque constamment autrefois? Les faits répondent; ils montrent que, indépendamment de la première observation de M. Baizeau, publiée en 1858 dans la *Gazette des hôpitaux*, M. Gosselin avait pratiqué deux fois cette opération en 1861, et que M. Baizeau l'avait répétée deux fois en 1860. M. Gosselin avait obtenu deux succès, M. Baizeau avait échoué une fois, probablement parce que l'opération avait été faite trop peu de temps après la cicatrisation de l'ulcère qui avait déterminé la perforation. Il y avait donc eu cinq opérations et quatre succès avant que Langenbeck ait publié son mémoire. Sans doute, ce travail a contribué à prouver l'importance de la méthode à double pont ; la

discussion de la Société de chirurgie a contribué encore à y fixer l'attention; mais la question avait été posée par le travail de M. Baizeau, présenté en 1859, à la Société médicale d'émulation, par le rapport de M. Larrey et par les opérations déjà faites. La méthode de palatoplastie, que l'on peut appeler la méthode moderne, était donc née et parfaitement viable avant 1862; elle avait fait ses preuves en donnant quatre succès sur cinq opérations, ce qui la différentie complétement de la méthode ancienne, qui n'avait réussi que pour les petites perforations. C'est donc bien à l'impulsion donnée par M. Baizeau et à la démonstration des avantages du procédé en double pont qu'il faut rapporter l'honneur du changement survenu dans la pratique, changement d'autant plus remarquable que les lambeaux en double pont, qui ne peuvent pas ne pas comprendre toute l'épaisseur de la fibro-muqueuse, permettent de combler des perforations étendues et de les guérir.

M. TILLAUX lit un extrait du travail de M. Baizeau. M. Baizeau dit : « Je taille les lambeaux qui sont détachés de la voûte palatine par leur face profonde. » Ceci était écrit en 1858. En détachant ainsi les lambeaux, on ne peut pas faire autrement que de détacher le périoste.

M. TRÉLAT. Lorsque l'on voit que M. Baizeau détachait les lambeaux avec une spatule, il y a une grande présomption en faveur de cette interprétation qu'il détachait le périoste des os.

M. LE FORT est d'avis que bien des chirurgiens ont contribué à l'installation de la palatoplastie à double pont dans la pratique. Je désire, dit-il, m'arrêter sur un autre point. M. Tillaux approuve l'opération de M. Lannelongue, pratiquée en deux temps comme il le dit : le décollement des lambeaux, puis la suture le septième jour après. Malgré la réussite de cette suture, je crois qu'en principe c'est une mauvaise chose de faire des sutures sur des tissus enflammés, et que, ainsi que cela a été observé pour les opérations complémentaires des opérations de fistule vésico-vaginale, on serait souvent exposé à voir les fils sectionner les tissus.

M. TILLAUX. Je ne juge pas la valeur absolue du détail de ce procédé, je me borne à dire que je le crois bon.

LECTURE

Des origines de la méthode des résections sous-périostées — M. CHASSAIGNAC lit un travail sur ce sujet.

La communication que j'ai l'honneur de vous soumettre a pour but de prouver :

Que la chirurgie des hôpitaux de Paris, loin de rester en arrière de la chirurgie des hôpitaux de Lyon dans la question des résections, l'a devancée de plus de dix ans;

Que la méthode dite sous-périostée n'appartient point à M. Ollier, et que longtemps avant lui elle a été pratiquée suivant toutes les règles dont il se prétend l'initiateur, en sorte que ceux qui l'ont précédé dans cette voie, se trouvent injustement dépouillés et se croient en droit d'en exprimer leur regret.

Ces assertions me paraissent, pour M. Ollier aussi bien que pour moi-même, d'une gravité telle que si je les émettais sans preuves sérieuses et concluantes, j'assumerais une bien lourde responsabilité, et je me croirais forcé de faire amende honorable devant mes collègues si je restais convaincu d'avoir en quoi que ce soit altéré la vérité historique.

J'ai assez d'expérience pour savoir que quand on émet des assertions capables d'intéresser le renom d'équité d'un de nos confrères, il faut y mettre de grandes précautions, et y regarder à deux fois avant d'articuler des choses qu'on serait hors d'état de prouver.

J'entreprends de démontrer que des résections faites sous le périoste et sous la capsule, avec conservation intégrale de l'un et de l'autre, ont été exécutées dans les hôpitaux de Paris avant de l'être à Lyon ; que par conséquent des opérations sous-périostéo-capsulaires du type le plus pur et à incision unique ont été pratiquées, figurées et publiées à Paris en 1854 et 1855.

Je cherche à rendre à qui de droit l'invention réelle de la méthode; je l'attribue à l'école des physiologistes et à Flourens en particulier. En élevant la voix pour celui qui, dans mes recherches sur l'écrasement linéaire, m'a offert un si généreux accueil dans son laboratoire, je n'aurai fait que remplir un devoir de reconnaissance. Heureusement il a laissé à la tête de la science des élèves bien autrement capables que moi de lui rendre une justice éclatante. En tout état de cause, il convient, même dans les réclamations personnelles, de ne pas songer qu'à soi.

C'est seulement eu égard aux physiologistes français que j'ai considéré Flourens comme promoteur de la méthode sous-périostée. On trouvera dans mon *Traité des opérations* (t. Ier, p. 610), l'indication précise des travaux de B. Heine publiés (1). Ces travaux prouvent

(1) Von Græfe et von Walther's, *Journ. Bd.* XXIV, 4.

qu'on ne pourrait désormais s'attribuer, à cet égard, qu'une paternité, je ne dirai pas mensongère, mais du moins fort douteuse. Voici le texte de B. Heine.

« La régénération des os sur les animaux était à peu près complète lorsqu'on avait conservé le périoste. »

B. Heine dit aussi qu'en faisant des expériences sur la régénération des os, il a vu ses organes se reformer presque complétement, quand il avait eu soin de maintenir préalablement, pendant quelque temps, l'os extirpé dans sa propre gaîne périostique. Cet auteur a vu que quand le périoste n'était pas conservé, le membre se raccourcissait et ne formait qu'un cordon fibreux.

Il s'agit, pour moi, de savoir si, ayant mis publiquement en pratique dans les hôpitaux de Paris, dix ans avant M. Ollier, les procédés de la méthode sous-périostée, et cela dans l'acception la plus rigoureuse du sens de cette méthode, je dois, sans protestation de ma part, rester dépouillé de mes droits scientifiques sur ce point. Je ne crois pas que mes confrères, même mes adversaires les plus animés, puissent admettre un pareil déni d'équité scientifique et professionnelle. Je ne le crois pas. Toutefois, si je me trompe, si ma réclamation est reconnue illégitime, je me soumets sans réserve au verdict de mes confrères.

Quel est, parmi les chirurgiens de ce temps, celui qui, appliquant à toutes les résections le principe de l'incision unique, ait donné l'exemple d'une résection avec conservation intégrale du canal périostéo-capsulaire dans le but nettement visé et très explicitement accusé à l'avance de conserver le périoste comme moyen de régénération osseuse, intégrale là où elle est possible, largement réparatrice dans les autres cas, ainsi que cela sera bientôt démontré? Cette mise en demeure formulée ainsi, M. Ollier, soutenu par ses fervents adeptes, pourra bien prétendre que ce chirurgien est M. Ollier lui-même. Je pense qu'après vérification bon nombre de nos confrères, et avec plus de raison, répondront que ce n'est pas lui.

Je crois que M. Ollier, quand il se donne pour inventeur de la méthode sous-périostée, a un droit de propriété fort contestable.

L'unicité de l'incision étendue à toutes les résections et à laquelle il a recours, on sait, et il en a fait l'aveu, à qui il la doit.

La conservation intégrale du périoste, il la trouve non-seulement conseillée par Flourens, mais exécutée publiquement à Paris et publiée, dessinée dans des écrits qu'il peut bien dédaigner si cela lui fait plaisir, mais qui n'en constituent pas moins des docu-

ments irrécusables dans une question de dates, surtout quand leur exactitude a été présentée au contrôle des chirurgiens en pleine Académie de médecine (16 janvier 1855).

Singulière méthode nouvelle, qui, au jour de sa naissance, 1866, compte déjà dix ou onze années d'existence.

Le *Traité des opérations* a été publié par Victor Masson en 1861. Les dessins de toutes les résections à incision unique y sont représentés, ainsi que vous pourrez en juger.

Une chose essentielle, en un pareil débat, consiste à préciser le point de départ, l'origine de la discussion.

Je dois donc, avant tout, relever avec fidélité les paroles de notre confrère, et je les prends dans la communication même de M. Ollier (1).

Exposons donc, avec la froide impassibilité d'un procès-verbal, les assertions dont il s'agit.

Seulement, je suis obligé, vu leur nombre, de les diviser en deux classes : celles qui sont fortement discutables, celles qui sont absolument dénuées de toute vérité.

Je commence :

« Si l'on pratique sur le cadavre deux résections de la même articulation, l'une par la méthode sous-périostée, l'autre par le meilleur des procédés anciens, on verra immédiatement un des avantages des résections sous-périostées.

« La conservation du canal périostéo-capsulaire est le principe fondamental de la méthode. »

« Les avantages des résections sous-périostées soit au point de vue de la régénération des os, soit au point de vue de la résection des articulations, sont tellement frappants qu'ils doivent faire considérer la nouvelle méthode comme *la seule rationnelle.* »

« Mais ce n'est pas seulement par des arguments de ce genre que M. Ollier vient aujourd'hui faire apprécier les avantages de *sa méthode opératoire.* »

« S'occupant du procédé opératoire, il montre les avantages de l'incision antérieure, qui permet d'aborder l'articulation facilement et sans danger, et qui permet le mieux d'appliquer les règles fondamentales de *sa méthode.* »

---

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 2 avril 1872.

« Si l'on ne peut pas, chez l'adulte, obtenir la régénération de l'os enlevé, on obtiendra *toujours, par la méthode sous-périostée, une articulation* à la fois solide et mobile, *de même type* que l'articulation enlevée. A l'épaule, on verra se reconstituer une véritable énarthrose, etc., etc. »

« *Jamais*, dans les cas où l'on avait retranché 6 *centimètres* de l'humérus, et à plus forte raison dans les cas où l'on avait *scié l'os au-dessous de l'attache deltoïdienne*, on n'avait obtenu des résultats comparables à ceux que donne la résection sous-périostée. »

« Pour faire une résection périostée d'après la méthode de l'auteur, il ne suffit pas de *gratter l'os plus ou moins régulièrement*, de conserver *par-ci par-là* quelques lambeaux du périoste, il faut suivre exactement les règles opératoires, dont la plus importante est la conservation intégrale de la gaîne périostéo-capsulaire.

« *Tous* les procédés anciens sont *essentiellement défectueux*. Aujourd'hui on n'a aucune raison pour les maintenir dans la pratique : on doit les mettre au rang des opérations *surannées*. »

De ces citations, il résulte : 1° que la conservation du périoste et de la capsule articulaire est le principe fondamental de sa méthode : la méthode de M. Ollier.

2° Que la méthode de M. Ollier doit être considérée comme la *seule rationnelle*.

3° Que ce qui permet le mieux d'appliquer les règles de sa méthode, c'est *l'incision antérieure* dans la résection de la tête de l'humérus.

4° Qu'on obtient *toujours*, par la méthode de M. Ollier, une articulation du *même type* que l'articulation enlevée, et qu'à *l'épaule* on verra se reconstituer une *énarthrose*.

5° *Jamais*, dans les cas où l'on avait retranché 6 *centimètres* de l'humérus, on n'avait obtenu des résultats *comparables* à ceux que donne la résection sous-périostée.

6° Pour faire une résection périostée d'après la méthode de l'auteur, il ne suffit pas de *gratter l'os plus ou moins régulièrement*, de conserver *par-ci, par-là*, quelques lambeaux du périoste, il faut suivre exactement les règles opératoires, dont la plus importante est la conservation intégrale de la gaîne périostéo-capsulaire.

7° Tous les procédés anciens sont *essentiellement défectueux*. Aujourd'hui, on n'a aucune raison pour les maintenir dans la pratique. On doit les mettre au rang des *opérations surannées*.

Vous le voyez, messieurs, c'est sa méthode, la méthode de l'auteur, la seule rationnelle, celle qui donne des résultats auxquels ceux des autres méthodes ne sont pas comparables.

Ne sentez-vous pas comme un souffle d'inspiré dans ces expressions ambitieuses, de *ma méthode, la seule rationnelle*, la méthode à résultats incomparables. Ah! cher confrère, vous ne jouissez pas à moitié de vos réussites, et vous ne triomphez pas avec modération : à ceux qui agissent ainsi vous savez ce que réserve l'avenir.

Voilà d'un trait de plume toutes les méthodes antérieures à la venue de M. Ollier, qui reçoivent un congé définitif et en bonne forme, et qui sont repoussées comme essentiellement défectueuses et comme surannées.

Ce qui n'est pas suranné, mais ce que je trouve essentiellement défectueux, c'est cette manière leste et dégagée de traiter les travaux qui ont eu le tort de précéder les vôtres.

Prenez donc garde que parmi ces hommes qui ont tracé la voie, se trouvent des chirurgiens de premier ordre, des maîtres éminents et qui (étant admis que leurs procédés sont susceptibles de réforme et de perfectionnements) ont cependant droit à des ménagements, à des égards et surtout à une radiation moins sèchement formulée.

Je vais peut-être vous surprendre en me bornant à vous rappeler, non pas les noms de tous les chirurgiens qui ont fait des résections, la liste en serait longue, mais de ceux-là seulement qui, pour la résection de la tête humérale, ont laissé dans la science la trace de leur passage; j'indiquerai les dates pour montrer la marche successive qui a été parcourue.

Ce sont :

En 1768, Ch. White.

En 1771, Lentin.

En 1773, Bent.

En 1779, Orred.

En 1803 et 1815, Moreau père et Moreau fils; la brillante phalange des chirurgiens militaires, Larrey, Percy, Willaume, Reynaud, Guthrie. Presque tous pour des plaies d'arme à feu.

En Angleterre, Syme, Babington, Liston.

En France, Velpeau, Delpech, Blandin.

En Belgique, Seutin.

En Italie, Malogo.

En Égypte, Clot-Bey.

En Allemagne, Wutzer, Frike et surtout Textor.

En Autriche, Jœger, 3 opérations, dont 2 succès; la troisième opération suivie de mort, mais dans quelles circonstances? Femme de 62 ans, ivre, fracture avec plaie et rupture hémorrhagique des vaisseaux axillaires, suivie d'une syncope prolongée avec exposition à l'air frais de la nuit, pendant plus de six heures.

Comment, vous dites à ces représentants illustres de la chirurgie que leurs procédés ne valent rien ! Mais ce sont eux qui vous ont appris à vous-même les procédés dont vous vous faites le plus d'honneur en les leur empruntant. N'est-ce par Ch. White qui vous a appris cette incision acromio-humérale pour la découverte de laquelle vous n'avez pas eu à vous mettre en frais d'imagination, et dont vous vous évertuez à louer les avantages, absolument comme si vous en étiez l'inventeur ?

Non, monsieur, le véritable inventeur en cette matière, c'est White, qui trace une ligne inexplorée jusque-là ; ce n'est pas celui qui fouille cette ligne avec plus ou moins de prétention et de fracas.

La plupart de ces hommes si lestement éconduits sont des maîtres dont la chirurgie s'honore et dont nous avons le devoir de faire respecter les travaux et le souvenir.

Enfin, vous rejetez les anciens comme n'ayant employé que des procédés défectueux; mais les chirurgiens contemporains, comment les traitez-vous? M. Ollier a un procédé encore plus sommaire que le premier; il vous supprime complétement toute une école.

Dans le monde chirurgical, en matière de résections, il n'y a que les anciens et lui, lui et les anciens. Et les chirurgiens de son temps, qu'en fait-il? Ah ! ce qu'il en fait, il ne nous l'a pas dit.

Autre procédé : M. Ollier se livre à des imitations de formules qui n'ont pas, il est vrai, une grande importance, mais dont il pourrait bien indiquer l'idée première.

J'avais écrit, page 618 du tome I[er] de mon traité : « Il est une expérience appréciative que je recommande à quiconque voudra se faire sur les procédés de résection une opinion motivée. Exécutez sur les deux membres d'un cadavre, d'un côté les procédés à incision unique, de l'autre les procédés habituellement décrits, etc. »

M. Ollier répond en manière d'écho : « Si l'on pratique sur le cadavre deux résections de la même articulation, l'une par la méthode sous-périostée, l'autre par les procédés anciens, on verra immédiatement les avantages des procédés sous-périostés. »

Après une parcille confrontation des textes, nier la similitude des expressions et des idées, c'est nier l'évidence. Et je crois que le

mode de démonstration dont il s'agit m'appartient bien plus légitimement qu'à M. Ollier.

Notre confrère ne se gêne pas pour nous faire connaître ses désapprobations sur nos procédés; ainsi, dans le texte de sa communication à la Société de chirurgie, il affirme que la segmentation préalable est mauvaise.

Elle est mauvaise! je le crois bien, quand, pour s'en passer, on a recours à un artifice aussi ingénieux que celui-ci; quand, ainsi qu'il l'a pratiqué au Val-de-Grâce, on fait éclater l'os par un coup de révolver. Qui ne voit que cette balle de révolver remplace la section préalable faite avec la scie? Il ne faut pourtant pas des efforts de perspicacité pour deviner que rompre la continuité d'un membre par une fracture préalable ou la rompre par un trait de scie, c'est, au point de vue du mécanisme opératoire, une seule et même chose; car il ne s'agit plus, dans l'un et l'autre cas, que de présenter à l'incision deux tronçons osseux sortant sans effort, et sur lesquels on fait du sous-périostisme tout à son aise.

Cela peut donner lieu à une petite surprise, à une sorte de trompe-l'œil en face d'un auditoire courtois et bien disposé, mais ne serait pas de mise devant la sagacité pratique d'une assemblée de chirurgiens.

A l'amphithéâtre, le procédé est-il de bonne guerre? Cela est douteux. Mais au lit du malade, on n'admet pas un genre de préparation qui tranche le nœud gordien de la continuité osseuse, pour préparer un trop facile triomphe à l'opérateur.

En somme, M. Ollier fait au révolver, avant l'incision, ce que je fais avec la scie. Et un critique malveillant ne manquerait pas d'appeler ce procédé un désossement à coups de révolver.

Il est difficile, devant l'intrépidité des affirmations si crûment exprimées de M. Ollier, de ne pas être ébranlé ou, pour le moins, très-désagréablement impressionné.

Aussi, lors de sa communication dans une autre enceinte, je voulus sur-le-champ et séance tenante protester contre les assertions de M. Ollier, et je ne m'arrêtai que devant les termes impératifs du règlement.

C'est l'ensemble de ces façons d'agir qui m'a conduit à examiner avec un redoublement d'attention les titres de propriété de la prétendue méthode sous-périostée, qui, selon moi, ne constitue autre chose qu'un détail particulier dans le mode d'exécution des méthodes déjà connues, mais ne constitue point une méthode, ainsi, du reste, que l'a parfaitement établi M. Le Fort à la Société de chirurgie.

Mais j'ai hâte d'aborder l'examen d'une série de propositions dont j'ai à démontrer la parfaite inexactitude.

Je suis obligé d'entrer, pour cette démonstration, dans de longs détails et dans des détails techniques; j'ai l'espoir que l'importance du sujet me les fera pardonner.

PREMIÈRE QUESTION.

Est-il vrai que le principe fondamental de la méthode sous-périostée, seule rationnelle, appartienne à M. Ollier?

Je dis que ce principe n'appartient nullement à notre confrère, qui l'a trouvé formulé nettement et mis en pratique, d'une manière complète et détaillée, longtemps avant lui.

Voici mes preuves :

Le 16 janvier 1855, dans la séance de l'Académie de médecine, a été présentée une femme âgée de 40 ans, opérée le 11 juillet 1854. Elle a subi une ablation des deux tiers internes de la clavicule avec conservation intégrale du nid périostéo-capsulaire ou sous-périostéo-capsulaire, pour parler le langage de M. Ollier, me bornant à le compléter un peu.

Par conséquent, dix ans avant les publications de M. Ollier, on trouve sa prétendue méthode aussi complétement, aussi rigoureusement appliquée qu'il l'ait jamais fait et qu'il le fait encore aujourdhui.

Principe fondamental, exécution opératoire, résultat clinique, c'est-à-dire reproduction constatée en pleine Académie, pansement par occlusion tous les huit jours, cuirasse dextrinée, tout y est, et je me demande par quel enchaînement, ou plutôt par quel entraînement d'idées il a pu considérer comme sienne une méthode toute trouvée et complétement mise à exécution avant lui. C'est à ce point que je cherche ce qu'il aurait bien pu inventer pour la porter plus loin. Ce n'est assurément pas cet instrument (superfétation chirurgicale) qu'il appelle un détache-tendon, auquel M. Ollier luimême n'attache pas une grande importance, et moins encore, comme de raison, à la dénomination qu'à la chose.

Il en est à peu près de même de son incision en *baïonnette,* pour la résection du coude ; car, à la manière dont cette innovation a été accueillie, M. Ollier a bien dû s'apercevoir qu'il n'était pas facile de faire passer aux yeux des chirurgiens trois incisions unies entre elles pour une seule incision.

Il y a des artifices de langage dont il faut se défier : une inci-

sion en baïonnette, qu'est-ce, je vous prie? C'est tout simplement une incision composée de trois autres incisions, dont deux longitudinales et une transversale.

Il fait, par son incision en baïonnette, trois incisions réunies en une seule. Roux n'en faisait que deux, Park n'en faisait qu'une. Ne parlons donc plus de l'incision en baïonnette.

A force de recevoir des encouragements, des couronnes, des ovations pour une découverte qu'il n'avait point faite ; à force de se dire à lui-même et de répéter aux autres qu'il était l'inventeur d'une méthode de résection, M. Ollier a cru pouvoir se mettre à l'aise aussi bien avec l'histoire de la chirurgie ancienne qu'avec celle de la chirurgie contemporaine, et n'a pas su résister à un emportement qu'il est peut-être encore temps de réfréner. Il faut du moins l'essayer et prendre la place de l'avertisseur antique marchant à côté du triomphateur pour lui infliger ce que, dans notre style académique, nous appelons des rectifications.

Entre gens qui pratiquent honorablement la science et la profession, il y a des choses dont on ne se soupçonne ni les uns ni les autres. J'en excepte cependant certaines personnalités connues pour pratiquer le plagiat d'une manière éhontée.

Je ne puis donc me résoudre à penser que M. Ollier se soit dit : voilà un fait non douteux de résection sous-capsulo-périostée, je vais m'en emparer pour le faire servir de base à ma méthode, sans le rapporter à sa véritable origine. Non, il a été dupe d'une illusion. Je ne puis, je ne dois pas admettre autre chose qu'une illusion ; seulement, je trouve qu'elle se prolonge trop.

Il semble cependant que, pour qu'aucune échappatoire, aucun refuge ne fussent laissés au déni de justice, qu'on ne prévoyait pourtant pas, du moins à ce degré, le texte de la communication consignée dans mon mémoire de 1855, appuie avec *insistance,* mais sans se l'approprier, sur le caractère fondamental de la méthode.

On y trouve assurément l'expression la plus complète d'une méthode inspirée par la physiologie et mise à exécution avec une précision mathématique. Et M. Ollier retiendra ceci : qu'en de pareilles conditions, nous ne pouvons nous mettre au nombre de ces gens qui grattent l'os plus ou moins régulièrement, et qui, suivant son élégante expression, coupent par-ci par-là des lambeaux du périoste.

Toutes mes opérations ont été faites dans cet amphithéâtre de Lariboisière que M. Ollier connaît bien, et où j'ai eu l'insigne honneur de voir figurer tout ce qui a un nom aujourd'hui dans la chirurgie européenne et dans la chirurgie américaine.

Il ne me serait pas permis d'être aussi affirmatif, si je ne faisais pas connaître dans leur entier les pièces que j'ai sous la main et que je dépose sur le bureau de la Société. Avant tout, voici l'observation.

Je la donne aussi complète qu'elle a été publiée dans la *Gazette hebdomadaire* et dans mon *Traité des opérations*, t. Ier, p. 669. Je me bornerai, pour économiser les instants de la Société, à ne citer textuellement que les passages qui se rapportent à l'objet en litige.

Le titre de l'observation mérite d'arrêter un instant votre attention :

« *Fracture spontanée de la clavicule droite* chez *une femme de* 40 *ans; ostéite suppurante, perforation des téguments; résection des deux tiers internes de la clavicule; conservation du périoste dans l'opération* (*conservation intégrale de la capsule et du périoste*). *Réformation de la clavicule par un tissu osseux de remplacement. — Guérison.* »

Je complète le sommaire en disant : *aucune destruction d'aucune partie du périoste ni de la capsule,* qui ont été simplement incisés à leur partie antérieure.

J'arrive aux détails mêmes de l'acte opératoire, et voici ce que j'appellerai aussi, moi, l'indication fondamentale exposée en plein :

« Le 11 juillet 1854, la malade étant amenée à l'état de tolérance anesthésique, on procède à la résection..... La clavicule est mise à nu. On saisit avec le davier à résection le fragment interne de la clavicule, et on peut alors facilement le disséquer, en *ayant toujours soin de le raser de près avec le bistouri, pour obtenir la conservation du périoste, d'après les vues de Flourens,* et, pour éviter la lésion des organes sous-claviers et de la plèvre, organes qu'on voit au fond de la plaie. »

« Cela fait, on reconnaît que l'altération se propage vers l'extrémité interne de la clavicule, ce qui oblige à pratiquer la désarticulation. »

« Puis arrive le pansement par occlusion tous les huit jours, la cuirasse dextrinée et l'écharpe de Mayor. »

« Ce qui était déjà très-expressément indiqué dans le récit de l'observation se trouve confirmé à nouveau dans les commentaires de l'observation clinique, et cela dans les termes suivants :

« Alors même que le désir de sauvegarder, par une dissection très-attentive, les organes délicats, limitrophes à la clavicule, ne nous ont pas conduit à respecter scrupuleusement tout ce qui était autre chose que l'os malade, nous aurions apporté dans cette résection *le même soin* que nous *mettons dans les opérations de ce genre* à conserver la plus grande partie possible du périoste. Nous ne faisons, en cela, que nous conformer au précepte donné par Flourens, dont les recherches sur la régénération des os ont si bien mis en lumière la véritable doctrine thérapeutique et pratique des résections. »

« Quand on a saisi, au moyen d'un instrument quelconque et même avec les doigts et un linge rude, à défaut de toute autre chose, l'extrémité sectionnée du fragment sternal, on lui imprime des mouvements très-faciles et tels qu'on les exécuterait, en supposant qu'on eût donné un manche long et solide à la partie que l'on veut extraire; on désarticule alors avec la plus grande facilité, en se bornant, pour toute règle, *à disséquer par petits coups et toujours au contact bien strict de la substance osseuse,* sans jamais laisser égarer daus les chairs la pointe du bistouri. »

Enfin, la seconde conclusion du mémoire est ainsi conçue :

« La clavicule est peut-être, de tous les os, celui sur lequel on peut le mieux conserver le périoste dans les résections, circonstance qui, d'après les travaux de Flourens, est éminemment propre à faciliter la régénération de l'os. »

Ici se bornent les citations textuelles d'un mémoire publié dans trois numéros de la *Gazette hebdomadaire* (tome II, 8 juin 1855, numéros 23, 26 et 27 du journal).

Permettez-moi, messieurs, de vous faire remarquer que, dans le récit de l'opération, dans les réflexions qui le suivent, enfin dans les conclusions, se trouve l'exposé complet de la méthode sous-capsulo-périostée ou, pour parler plus simplement, de la méthode de conservation intégrale du périoste et de la capsule, dans son sens le plus pur et dans un type nullement équivoque. Seulement, le principe fondamental de l'opération est soigneusement réservé à Flourens; mais périoste et capsule sont intégralement conservés, et c'est là le seul point vraiment sérieux, tout le reste n'étant qu'adventice et du ressort de l'exécution manuelle.

Veuillez vous rappeler les expressions suivantes :

« *On peut facilement disséquer le périoste, en ayant soin de raser l'os de près avec le bistouri.*

« *Nous aurions apporté dans cette résection le même soin que nous mettons dans les opérations de ce genre* à conserver la plus grande partie possible du périoste. »

« On désarticule en se bornant à disséquer par petits coups et toujours au *contact bien strict de la substance osseuse*, sans jamais laisser égarer dans les chairs la pointe du bistouri. »

J'ai respecté scrupuleusement le périoste de la clavicule, je n'ai pas enlevé une parcelle de la capsule sterno-claviculaire et, franchement, si toutes ces choses n'avaient pas eu le tort de se passer en 1854, au lieu d'être réalisées dix ans plus tard, c'est-à-dire en 1865, j'estime que j'aurais pu aspirer à prendre place, non au premier rang des adeptes enthousiastes, mais parmi les bons élèves de la méthode sous-périostéo-capsulaire.

Maintenant, si après des indications aussi nettes et aussi indiscutables :

1° *Sur le but*, conservation intégrale du tissu fibreux péri-ostéique (Flourens);

2° *Sur le moyen* d'exécution, qui va jusqu'au scrupule, pour ne retirer l'os que *comme d'un étui*, sans enlever la plus petite portion du périoste et de la capsule, et qui se contente d'une seule incision, quelqu'un de mes confrères venait dire que c'est lui qui a inventé tout cela, je n'aurais à lui opposer que le silence forcé de l'homme qui voit que, de parti pris, on refuse de lui rendre justice.

Tous les procédés à incision unique décrits dès 1844, à la Société de chirurgie, sont représentés par la lithographie, dans un traité d'opérations publié en 1861.

Ce qu'il y a de dépense d'invention et d'effort scientifique dans la description de ces nombreux procédés, ce n'est pas à moi de le dire. Ce sera, si vous voulez, peu de chose, mais ce peu de chose m'appartient-il, oui ou non? Et dès lors y a-t-il un droit que puisse s'arroger un chirurgien de déclarer comme siens des procédés qui, pour le fait principal, ainsi que je l'ai démontré, le placement, la direction et les détails les plus importants de l'incision tégumentaire et musculaire, ont été décrits trente ans avant lui, soumis au jugement d'une société, pratiqués devant une commission dont le rapport est consigné dans les mémoires de cette société, ces procédés représentés dans un ouvrage publié depuis près de douze ans ?

Voyez, du reste, combien est fausse la position que s'est faite notre adversaire dans cette question.

La preuve, la vraie preuve de la valeur des procédés de résection, c'est, de l'aveu de tous les chirurgiens, la reproduction intégrale de l'os enlevé.

Ces résultats, vous en avez d'incontestables exemples dans la chirurgie du dix-huitième siècle et dans celle de la première moitié du dix-neuvième.

Considérez-vous ces régénérations comme exclusivement dues à la méthode sous-périostée, vous voilà forcément conduits à admettre l'existence de la méthode, avant l'époque même de votre entrée dans la carrière.

Admettez-vous que les opérations ont été faites sans souci aucun de la méthode, vous lui portez le coup de grâce, puisque sans elle on a des résultats tout aussi beaux, plus beaux même encore que par elle. Témoin l'opération de White, celle de Lentin, celle de Moreau et d'Angerville, celle que j'ai présentée à l'Académie le 16 janvier 1855; et enfin celle de Meyer (de Zurich) avec reproduction de surface articulaire constatée par l'autopsie, cinq ans après l'opération. Parlerai-je enfin de cette résection pour plaie d'arme à feu, et dans laquelle j'ai enlevé la plus grande partie de l'humérus, résection suivie d'une reproduction osseuse remarquable, publiée en entier dans les bulletins de la Société de chirurgie et dans le tome Ier de mon *Traité d'opérations* publié en 1861. L'opération date du 19 juillet 1850, et le malade était guéri le 4 novembre 1850.

Pour que des faits cliniques exposés dans les hôpitaux de Paris, où abordent en toute liberté les médecins français et étrangers; des faits soumis au contrôle de l'Académie de médecine, intégralement publiés dans trois numéros successifs d'un journal répandu, puis dans un ouvrage devenu classique, pourvus dès lors de tous les éléments de l'information scientifique, aient été mis dans l'ombre, il faut croire à un bien singulier concours de circonstances.

Ainsi, à la première question : est-il vrai que le principe de la conservation du périoste et de la capsule appartient à M. Ollier? nous répondons d'une manière complétement négative en montrant l'application de ce principe faite cliniquement et avec succès onze années avant les publications de M. Ollier sur ce sujet.

DEUXIÈME QUESTION.

Est-il vrai qu'avant M. Ollier, *jamais*, dans les cas où l'on avait retranché 5 *centimètres* de la longueur de l'humérus, on n'avait obtenu

des résultats *comparables* à ceux que donne la résection sous-périostée?

Eh bien, à cette question, comme à la précédente, je réponds d'une manière formelle par la négative.

La belle observation de Lentin me fournit la seule preuve qui me soit nécessaire pour justifier ce que j'avance.

L'opération de Gentin a été faite en 1771; il enleva avec la *tête humérale* la *plus grande partie de la diaphyse*, ne conservant que la partie inférieure de l'os, longue d'environ 54 millimètres. Dans ce cas il y eut, en partie, *reproduction de l'os*, et les mouvements du bras restèrent *libres*.

Que l'on mette en regard d'un fait aussi probant ce mot *jamais*, ce mot malsonnant de résultats *comparables*, et l'on verra jusqu'où peut aller l'oubli de l'histoire de la chirurgie.

Voilà un chirurgien qui enlève la presque totalité de l'humérus, tête et diaphyse (il s'agit, ma foi, bien de 6 centimètres); il ne laisse que l'extrémité inférieure de l'os, représentant un tronçon de 54 millimètres. Il obtient une reproduction remarquable. Est-elle, à 1 centimètre près, complète, ne l'est-elle pas? (Qui donc a jamais obtenu une reproduction absolument complète?) Les mouvements du bras sont parfaitement libres. Et vous osez dire que *jamais* il n'y a eu de résultats comparables à ceux de votre soi-disant méthode, la seule rationnelle, suivant vous!

C'est là en agir avec un sans-gêne qu'on ne saurait tolérer, car ce serait se payer à bien bon compte le luxe d'une méthode à soi, la seule rationnelle et donnant des résultats incomparables.

TROISIÈME QUESTION.

Est-il vrai que la méthode de M. Ollier doive être considérée comme la *seule rationnelle?* On ne se dit pas de pareilles choses à soi-même, et surtout on se garde bien de venir les proclamer dans une société où se trouvent les maîtres dont vous avez suivi l'enseignement, et qui vous ont appris à conserver le périoste quinze ans avant que vous eussiez formulé votre méthode sous l'appellation de périostéo-capsulaire.

QUATRIÈME QUESTION.

Est-il vrai que ce qui permet le mieux d'appliquer les règles de la méthode dite périostéo-capsulaire dans la résection de la

tête humérale, c'est l'incision antérieure telle que l'a modifiée M. Ollier?

Cela est parfaitement inexact, d'abord parce que la modification apportée par M. Ollier est tout à fait insignifiante, et que, même dans son insignifiance, elle ne lui appartient pas.

Ensuite parce que je soutiens qu'il est plus facile d'appliquer la méthode sous-périostée en faisant la section préalable de l'os, ce qui donne une facilité beaucoup plus grande pour accomplir l'opération sans danger et avec une rapidité double de celle qu'on obtient par la seule unicité de l'incision quand on ne lui donne pas pour auxiliaire la section préalable de l'os avant la désarticulation.

Il est temps de faire cesser une équivoque dans laquelle se complaisent des personnes qui ne connaissent que superficiellement la question.

Il faut distinguer les résections entre elles, en regard du procédé opératoire, et ne pas confondre les uns avec les autres des états pathologiques tout à fait dissemblables suivant lesquels se présente la tête de l'humérus au moment de l'opération; car de cette distinction, vont sortir les bases mêmes du procédé opératoire.

Il y a ici deux classes bien tranchées :

1° Les têtes d'humérus qui, avant le commencement de l'opération, sont déjà en voie de désarticulation spontanée, complète ou incomplète;

2° Celles qui, malgré une lésion centrale de la tête de l'humérus, sans aucune destruction préalable des attaches musculaires aux tubérosités et des attaches de la capsule, sont très-fortement retenues en place et préparent une désarticulation laborieuse et quelquefois dangereuse.

Il faut que j'expose aussi nettement qu'il me sera possible la différence énorme de conditions opératoires qui existe entre les réactions comparées entre elles, d'après la nature de la lésion à laquelle on les applique, et alors apparaîtra la raison d'être de procédés opératoires qu'on dédaigne parce qu'on n'a point encore trouvé l'opportunité de leur application, mais qu'on sera bien heureux de trouver au jour des difficultés réelles.

Le premier effet de la nécrose, c'est de détacher le périoste. Il est donc tout décollé. La besogne est faite quand vous abordez le malade atteint de nécrose, et, à moins que vous ne preniez plaisir à peler l'intérieur de ce périoste, vous ne voulez pas, vous ne pouvez pas vous empêcher d'agir sous-périostiquement ou sous-périosteusement.

C'est ce que M. Le Fort a parfaitement mis en lumière; mais, lui, il va plus loin et il dit : « Quand on opère une résection articulaire, s'il y a un énorme boursouflement de chairs fongueuses capsulo-périostées, il faut ébarber convenablement ces végétations superflues et nuisibles et se garder de faire du sous-capsularisme exagéré. »

Ce sont donc, dans le cas de nécrose, de simples extractions de séquestres, tout comme l'extraction d'une tête articulaire, réduite en sac d'esquilles, ramène la mission de l'opérateur à une simple extraction d'esquilles qu'il qualifiera, s'il y met de la bonne volonté, d'opération de résection, parce qu'il aura réséqué, d'un trait de scie, les aspérités d'un col d'humérus plus ou moins irrégulier.

M. Ollier qui, paraît-il, n'a pas fait beaucoup de résections en dehors de celles qu'on pratique à l'occasion des suppurations chroniques, et qui surtout en a fait bien peu, que je sache, au membre inférieur, n'aurait donc opéré, la plupart du temps, que sur le membre supérieur, sur une majorité de sujets très-jeunes; et pour des caries ou nécroses, il a donc eu affaire à des cas dans lesquels périoste, capsule et attaches musculaires étaient déjà décollés de l'os par la suppuration. Il a dû dès lors se faire des idées peu exactes du Manuel opératoire dans les résections pour lésions traumatiques directes sans destruction des capsules et décollement préalable du périoste.

Si cette affectation singulière à confondre, soit à dessein, soit inconsciemment, dans le même assemblage, deux groupes profondément distincts, vous conduit à les présenter tous ensemble et sans aucun discernement en regard du procédé opératoire, je vous défie de porter un jugement sérieux sur la valeur comparative des procédés.

Il y a donc, au point de vue des procédés de résection scapulo-humérale, deux classes de têtes d'humérus :

1° Les têtes d'humérus à désarticulation facile ou même déjà faite par le processus pathologique avant qu'on ait abordé le malade;

2° Les têtes d'humérus à désarticulation difficile.

Dans le premier cas, toute l'opération réside dans les procédés, depuis longtemps décrits, de l'incision unique. Périoste et capsule, décollés, ne peuvent pas l'être une seconde fois. Vous ne pouvez découvrir la tête sans qu'elle vous vienne pour ainsi dire à la main. C'est une extraction de nécrose. Il en est tout autrement dans les cas de désarticulation difficile, et je ne crains pas de dire qu'en pareil

cas le chirurgien, même le plus habile, le plus exercé, manque de prudence s'il refuse un moyen quelconque de faciliter sa tâche.

Une tête d'humérus, une tête de fémur et surtout une tête de clavicule, quand elles ne sont pas préalablement mobilisées par des lésions suppuratives, sont d'une désarticulation difficile et dangereuse si l'on n'a pas recours à la segmentation préalable ou à la fracture préalable, ce qui est tout un.

CINQUIÈME QUESTION.

Est-il vrai qu'on obtient *toujours* par la méthode de M. Ollier une articulation du *même type* que l'articulation enlevée, et qu'à l'épaule on verra se reconstituer une *énarthrose?*

Ici les limites de l'exagération et de l'inexactitude atteignent des proportions épiques; ce seul mot *toujours* fait naître tout d'abord quelque défiance. Mais l'affirmation de M. Ollier est en parfait désaccord avec les résultats de sa pratique. Et plusieurs de nos collègues à la Société de chirurgie ont établi sans réplique que M. Ollier ne possède pas un seul exemple non contestable de cette chose qui, suivant lui, s'obtient *toujours;* il en est encore à faire la preuve autopsique de ce qu'il avance. Et ces méthodes qu'il qualifie de surannées, de méthodes essentiellement vicieuses, qu'on ne doit plus maintenir dans la pratique, ce sont elles qui vont lui donner le spécimen, le *rara avis* après lequel il court en vain depuis longtemps.

Je vais lui fournir l'indication bibliographique; qu'il prenne donc la peine de consulter un écrit intitulé : *Physiologie der Entzündung und regeneration im organischem gewebe*, p. 197. Leipzig, 1842.

Il y verra la belle observation de Meyer (de Zurich), dont je regrette de ne pouvoir reproduire ici qu'un extrait :

Meyer (de Zurich) extirpe la clavicule cariée sur un homme de 31 ans; cinq ans après, cet homme meurt, et l'on trouve à l'autopsie une production de surface articulaire parfaitement caractérisée.

SIXIÈME QUESTION.

Est-il vrai qu'on ne peut se dispenser de suivre la méthode de M. Ollier et les règles tracées par lui, sous peine de ne faire qu'une opération sous-périostée inconsciente, dans laquelle on *gratte l'os plus ou moins régulièrement* et on conserve *par-ci par-là* quelques lambeaux de périoste?

Cela n'est pas, puisque l'on vous montre des opérations faites dix ans, douze ans avant celles de M. Ollier, et dans lesquelles on conservait périoste et capsule aussi bien que lui, mais en y mettant beaucoup moins de prétentions.

SEPTIÈME QUESTION.

Est-il vrai que *tous les procédés anciens* soient essentiellement défectueux, qu'on ait tort de les conserver dans la pratique, et qu'il faille les mettre au rang des opérations surannées?

Tout ce que j'ai dit dans le cours de mon travail étant la réfutation de l'erreur indiquée par cette question, je me garderai d'abuser plus longtemps des moments de la Société.

M. FORGET demande à M. Chassaignac si les faits de résection périostée suivie de reproduction qu'il cite ont eu lieu pour des nécroses.

M. CHASSAIGNAC répond que c'était en effet pour des cas pathologiques.

COMMISSIONS

La Société procède à l'élection de deux commissions :

1° Commission pour l'examen des candidats à la place de membre titulaire. Sont élus : MM. Blot, Sée et Tillaux ;

2° Commission pour la révision de la liste des membres correspondants nationaux et étrangers. Sont élus : MM. Guyon, Guéniot, Le Fort, Giraldès et Guérin.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. PERRIN montre une pièce provenant d'un sujet sur lequel M. Ollier a pratiqué, par les procédés sous-périostés, une résection du coude et une de la tête humérale. Des fractures avaient été produites par un coup direct ou une balle de révolver.

La pièce montre que les os enlevés ne conservent plus de périoste, si ce n'est au voisinage du cartilage. Il y a un manchon périostique, une sorte de gouttière presque intacte. Le résultat est surtout bon pour la résection du coude. J'ai demandé à M. Ollier s'il jugeait que les éléments anatomiques étaient conservés en quantité suffisante pour la reproduction. Il affirme qu'ils le sont.

Quand à la reproduction de l'articulation, il se peut qu'il n'y ait là qu'une question de mot. Il y a des articulations physiologiques, celles-là ne se reproduisent pas ; mais il y a des articulations que j'appellerai cliniques ; les os et les ligaments y sont de nouvelle formation ; il y a une séreuse artificielle. Ce n'est point autre chose que les fausses articulations connues, mais elles peuvent rendre des services au point de vue de la fonction et donner un membre acceptable. L'idée de M. Ollier est excellente en ce sens qu'elle apprend à conserver tout ce qu'on peut et à obtenir ainsi la reproduction maximum que l'on puisse avoir avec le périoste que l'on a conservé.

Je termine en rappelant que j'ai fait l'autopsie d'une articulation de l'épaule réséquée, et que j'ai trouvé une surface arrondie à la place de la tète de l'humérus et un manchon fibreux doublé d'une séreuse, jouant le rôle d'une capsule.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 8 MAI 1872.

Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux* ; — L'*Union médicale* ; — La *Gazette hebdomadaire* ; — Les *Archives générales de médecine et de chirurgie* ; — Le *Marseille médical* ; — Le *Journal d'ophthalmologie*.

M. PERRIN présente, au nom de M. Poncet, deux brochures intitulées : *Siége de Strasbourg* ; *Des amputations sous-périostées*.

RAPPORT

Quelques considérations sur l'opération de la cataracte. — M. PANAS lit un rapport sur un travail de M. le docteur José Laurenço (de Bahia).

Dans le travail qui vous a été communiqué par M. Laurenço de Magalhaès, l'auteur se montre partisan de l'éclectisme en matière d'opération de la cataracte, en même temps qu'il cherche à réhabiliter l'ancienne opération à lambeau. Passant en revue les divers procédés de kératotomie linéaire ou à lambeau combinés à l'iridectomie, M. Laurenço condamne l'excision de l'iris comme exposant, dit-il, à des inflammations consécutives, par suite d'une trop grande quantité de lumière qu'elle laisse tomber sur la rétine; et à l'appui de son dire, il cite une observation tirée de sa pratique. Là, réside, suivant l'auteur, la grande objection adressée à l'opération de Graefe; car, pour ce qui est des difficultés de l'exécution de celle-ci, il dit ne les avoir pas rencontrées. Lorsque les yeux sont petits et enfoncés dans l'orbite, notre confrère est pour la kératotomie externe, d'après le procédé de M. Galezowski, ce qui nous paraît sujet à discussion. Tels sont les points principaux que l'auteur touche dans son travail. Voici quelles sont maintenant les impressions que la lecture de celui-ci a laissées dans l'esprit de votre rapporteur.

Sans doute la kératotomie classique est une bonne opération, témoins les succès nombreux qu'elle a fournis depuis Daviel jusqu'à nos jours; seulement il s'agit de savoir si les procédés linéaires avec ou sans iridectomie ne constituent pas, quant au nombre des guérisons obtenues, une méthode opératoire plus parfaite, et c'est ce que notre confrère n'a pas cherché à établir ou à combattre par des faits.

M. Laurenço pense que l'iridectomie expose l'œil à une trop vive lumière, d'où il résulterait une phlegmasie profonde destructive pour cet organe; mais comme il ne s'appuie que sur un seul fait qui, lui-même, est en contradiction avec les résultats favorables fournis par l'iridectomie appliquée au traitement du glaucome et des taies de la cornée, il est nécessaire d'attendre une démonstration plus complète. L'auteur nous paraît être, du reste, en contradiction avec lui-même lorsqu'il donne, dans certains cas, la préférence au procédé de M. Galezowski, qui, au point de vue des

imperfections optiques, ne laisse rien à envier à aucun autre des procédés opératoires connus jusqu'à ce jour.

M. Laurenço ne trouve pas le procédé de Graefe d'une exécution difficile, ce qui prouve hautement en faveur de son habileté opératoire. Mais il n'en est pas moins vrai que des accidents, tels que le prolapsus de l'humeur vitrée, et l'épanchement d'une quantité notable de sang dans l'œil, se montrent encore assez souvent, pour qu'en Allemagne et ailleurs on cherche à éviter ces imperfections.

Pour notre compte, tout en étant partisan du procédé de Graefe, nous croyons qu'il est permis de chercher à faire mieux. C'est ainsi qu'à l'hôpital de Moorfields, on fait l'incision tout entière dans la cornée, ainsi que nous avons pu le constater par nous-mêmes; que notre collègue, M. Perrin, dans une de ses dernières présentations, nous disait avoir suivi chez son opéré un procédé de Graefe, légèrement modifié ; que M. Liebreich s'écarte actuellement, et de beaucoup, des règles posées par son maître, au point de faire une kératotomie très-distante de la périphérie et sans iridectomie. Nous-mêmes, enfin, nous nous sommes livrés à des tentatives qui, nous l'espérons, ne seront pas dénuées d'intérêt pratique pour l'opération de la cataracte.

M. Laurenço ne se montre pas partisan de l'opération de M. Liebreich, qu'il a vu pratiquer à Londres par l'inventeur.

M. Laurenço nous apprend en outre, qu'en Angleterre, la division de la capsule est souvent pratiquée d'une façon insuffisante, mais c'est là une question qui ne touche pas directement au procédé suivi dans l'exécution de la kératotomie, et qui dépend bien plus de la manière dont on s'y prend pour ouvrir la capsule.

En résumé, M. Laurenço touche, dans son travail, aux questions les plus importantes concernant l'opération de la cataracte par les nouveaux procédés. Nous devons lui en savoir grand gré. Seulement, n'ayant pas des éléments suffisants à sa disposition, il est tout naturel qu'il ne soit parvenu à résoudre que de très-loin le problème qu'il s'était posé. Nous ne doutons pas toutefois que ce qu'il n'a pu faire maintenant, il saura le réaliser plus tard, et ses autres titres, que nous vous demanderons la permission de rappeler ici, en sont les meilleurs garants.

M. le docteur Laurenço a publié, en effet, ce qui suit :

Thèse inaugurale sur la syphilisation ; — Études bibliographiques sur les altérations du nerf optique ; — Description d'un nouveau procédé de symblépharon ; — Intoxication atropique par les collyres ; —

De la diplopie monoculaire; — Deux travaux sur le kératoconus; — Traitement de la blépharite par l'épilation des cils, etc.

Votre commission a l'honneur de vous proposer, en conséquence :

1° De déposer favorablement le travail de M. Laurenço dans les archives de la Société;

2° De prendre en considération sa demande de candidature comme membre correspondant étranger.

LECTURE

Note sur le traitement des hydropisies locales par les injections alcooliques. — M. MONOD lit un travail sur ce sujet.

J'ai lu, à la séance de la Société de chirurgie du 4 octobre 1871, une note sur la possibilité de guérir les hydropisies de cause locale par l'addition d'un peu d'alcool au liquide accumulé dans la cavité malade. A l'appui de cette assertion, j'ai communiqué à la Société quelques faits d'hydrocèle et un fait de kyste du corps thyroïde, dont la guérison me paraissait due à ce traitement. J'ai ajouté que ces faits n'étaient ni assez anciens, ni assez nombreux, pour établir d'une manière positive la vérité de mon assertion, et que mon principal but, en faisant cette communication, était d'obtenir la coopération de mes collègues, mieux placés que moi pour faire ces recherches et juger de la valeur de ce traitement.

Aujourd'hui, je viens vous donner des nouvelles des opérés dont je vous ai entretenus, et vous présenter quelques autres faits qui me paraissent confirmer la vérité de mon assertion.

La guérison du kyste du cou se maintient; elle date maintenant de près de quatre ans.

Chez deux des opérés d'hydrocèle, la guérison s'est maintenue en ce sens que la quantité de sérosité existant encore dans la tunique vaginale est insignifiante et n'augmente pas.

Chez un troisième, qui avait été opéré le 10 juin 1871, que j'avais perdu de vue jusqu'à la fin d'octobre, la résolution ne s'étant pas faite, j'ai dû faire trois injections, le 31 octobre, le 2 décembre et le 25 janvier 1872, pour amener le même état que chez les deux premiers. Aujourd'hui, à la vue, les deux bourses sont presque semblables, et on constate, à la palpation, qu'il ne reste presque plus de liquide dans la tunique vaginale.

Chez le quatrième, vieillard de 70 ans, diabétique, je n'avais

injecté, dans l'été de 1871, que de l'eau alcoolisée ; le malade était parti le lendemain pour la campagne.

Le 15 janvier 1872, six mois après, je constatai que l'hydrocèle n'avait subi aucune modification, et j'injectai 1 gramme d'alcool à 40°. L'opéré repartit pour la campagne le lendemain matin.

A son retour, le 30 janvier, je constatai que le volume de l'hydrocèle avait diminué de plus de moitié, et que la tumeur était fort molle. Depuis, la résolution a marché, et, le 15 avril, quoiqu'il y eût encore une quantité notable de liquide, le malade se considérait comme guéri.

J'ai eu occasion depuis d'observer deux autres faits, dont voici le résumé :

Jeune homme de 30 ans. — Hydrocèle du côté droit plus grosse que le poing, remontant à une époque indéterminée, mais ayant pris un accroissement rapide dans ces derniers temps. Ponction le 8 décembre 1871. Après avoir recueilli 4 grammes de liquide, j'injecte 1 gramme d'alcool à 40°. Pas de suspensoir. Le malade, opéré le matin dans mon cabinet, reprend immédiatement ses occupations, qui sont très-actives. La bourse est un peu sensible au toucher pendant les deux premiers jours.

23 décembre. — La tumeur a très-notablement diminué. Nouvelle injection, suivie de la même sensibilité de la bourse.

13 janvier 1872. — L'hydrocèle a repris son volume primitif. Troisième ponction; je laisse écouler un peu plus de liquide, qui est lancé en jet comme la première fois, et j'injecte 1 gramme d'alcool. Même sensibilité de la bourse à la suite de l'opération.

20 janvier. — Le volume de l'hydrocèle a beaucoup diminué, mais la tension et la dureté sont les mêmes. Quatrième ponction. Injection de 1 gramme d'alcool; mêmes suites.

2 février. — L'hydrocèle est diminuée de volume, mais toujours dure. Cinquième ponction. Le jet de la sérosité est moins fort. Injection de 1 gramme d'alcool. Mêmes suites.

2 mars. L'hydrocèle a diminué des quatre cinquièmes; à la vue, la bourse n'est guère plus volumineuse que la gauche, et il faut tendre la peau en saisissant la bourse en arrière pour bien constater l'existence du liquide surtout. Sixième ponction. L'injection de l'alcool est suivie d'une sensation de cuisson.

Pendant les quatre jours suivants, la bourse est douloureuse au toucher, mais l'opéré n'en continue pas moins ses occupations fort actives et ne porte pas de suspensoir.

5 avril. — Il reste un peu de sérosité dans la tunique vaginale, mais il serait impossible de faire une ponction sans s'exposer à blesser le testicule. La bourse a repris son volume normal et l'opéré se considère comme guéri. Je lui recommande de venir me voir, si la bourse gonfle de nouveau. Il n'a pas reparu.

VIe Observation. — Hydrocèle très-volumineuse et dure, ayant plus de 20 centimètres de longueur. Le sommet s'engage dans l'anneau. J'ai constaté l'existence de la maladie il y a trois ans. Le malade a 50 ans et est vigoureux.

Première ponction le 14 novembre 1872. Je tire 3 grammes de liquide et injecte 1 gramme d'alcool. Les suites sont nulles sous le rapport de la douleur, et l'opéré est sorti un moment après que je l'ai quitté, portant un suspensoir.

Deux jours après, je constate que l'hydrocèle a diminué de moitié.

Neuf jours après l'opération, la tumeur a tellement diminué, qu'en faisant une nouvelle ponction, on s'exposerait à blesser le testicule. J'enlève le suspensoir.

5 décembre. — L'hydrocèle a un peu augmenté. Seconde ponction suivie d'injection. Pas de sensibilité à la visite.

20 décembre. — La quantité de liquide sortant est si petite que le malade se croit guéri, et je néglige de le voir pendant les mois de janvier et de février.

Le 2 mars 1872, je constate que l'hydrocèle a considérablement augmenté, sans néanmoins atteindre son volume primitif. Troisième ponction. Je laisse écouler un peu plus de liquide, et j'injecte 1 gramme d'alcool. Une petite veine a été piquée et il s'écoule quelques gouttes de sang.

Le 8 mars, la tumeur a très-notablement diminué ; il y a une petite ecchymose au niveau de la piqûre faite six jours avant. Quatrième ponction.

14 mars. — La tumeur a diminué des trois quarts.

9 avril. — La résolution n'ayant pas continué, je fais une cinquième ponction suivie d'injection.

18 avril. La résolution a marché rapidement; la différence entre les deux bourses est peu notable et l'opéré n'éprouve plus aucune gêne. Mon intention est néanmoins de faire une sixième ponction si la résolution ne continue pas.

De l'exposé de ces six cas, il résulte : 1° que la réduction de l'hydrocèle à un volume à peine notable peut être obtenue par

l'extraction d'un peu de sérosité suivie de l'injection d'une quantité moindre d'alcool à 40°.

2° Que ce résultat est obtenu plus ou moins rapidement; dans un cas, une seule opération a suffi pour obtenir ce résultat au bout de huit jours, et la guérison se maintient depuis neuf mois.

Dans les autres, ce résultat a exigé plusieurs ponctions.

3° Qu'à l'exception d'un cas, il n'y a pas eu de douleurs à la suite de l'injection, et qu'aucun des opérés n'a été entravé un seul instant dans ses occupations.

4° Qu'il n'y a eu aucune infiltration de sérosité dans la bourse, ni suppuration à la suite de ces ponctions multipliées.

S'il m'était permis de tirer une règle de conduite de faits aussi peu nombreux, voici comment j'établirais ce traitement pour l'hydrocèle : faire une injection tous les huit jours, jusqu'à ce que la résolution soit arrivée au point de rendre la pression dangereuse pour le testicule. Je crois que si, dans deux cas, j'ai été obligé de multiplier les injections, c'est que je les ai trop espacées.

J'émettais, dans ma note du 4 août dernier, l'opinion que ce traitement pourrait être appliqué à la guérison de toutes les hydropisies locales, et que l'innocuité de ces injections dans la tunique vaginale me paraissait en justifier l'essai dans d'autres cavités séreuses, et notamment dans l'hydarthrose chronique. Un fait, qui m'a été communiqué par M. le docteur Louis Monod, me paraît justifier cette assertion. Je laisse parler M. Louis Monod :

Il s'agit d'un garçon de 25 ans environ, affecté dans son enfance de scrofule et de rachitisme, qui ont produit de graves difformités; entre autres misères, il est sujet à des hydarthroses des deux genoux. L'hiver dernier, le genou droit a été le siége d'un épanchement qui a duré plusieurs mois et qui a fini par disparaître à la belle saison.

Entré le 4 octobre 1871 à l'hôpital protestant, à Neuilly, pour un rhumatisme, il est atteint, le 6, d'un nouvel épanchement dans le genou droit. L'articulation présente, outre l'épanchement, un gonflement assez marqué des extrémités articulaires. Pas de chaleur, pas de douleur.

Jusqu'au 16 novembre, on emploie, sans résultat satisfaisant, le traitement par la teinture d'iode, la compression, les vésicatoires volants.

M. Labbé fait une ponction évacuatrice, avec aspiration, par l'instrument Dieulafoy. Le liquide soustrait est incolore, onctueux; la fluctuation a disparu, mais il y a encore de l'empâtement au voisi-

nage des surfaces articulaires et sensation spéciale de froissement, dus sans doute à la présence d'une substance gélatineuse qui n'a pu être évacuée et qui revêt les surfaces articulaires.

Compression du genou au moyen d'un bandage ouaté. Pas d'accidents.

Le liquide se reproduit rapidement et aussi abondant qu'avant la ponction.

Le 3 janvier 1872, je me décide à essayer le traitement par l'injection d'alcool, indiqué par mon oncle; je soustrais une demi-cuillerée à café de synovie qui s'écoule goutte à goutte, et j'injecte *un* gramme d'alcool.

Avant l'opération, la circonférence du genou mesurait 33 centimètres et demi. Pas de douleur pendant l'opération. Immédiatement après, des compresses imbibées d'eau froide coupée de moitié d'alcool, et souvent renouvelées, sont maintenues pendant vingt-quatre heures. L'immobilité est absolue.

Le lendemain matin, j'applique un bandage modérément compressible. Vers le soir, il y a un peu de douleur; l'articulation est un peu chaude et tendue, elle mesure 34 centimètres.

Même état le lendemain.

Du 6 au 7, les symptômes subinflammatoires disparaissent complétement. Il n'y a plus de tension, et le liquide intra-articulaire a manifestement diminué de quantité.

Le 12, l'état est stationnaire; l'articulation semble contenir moitié moins de liquide que lors de l'opération.

Une seconde injection est faite dans les mêmes conditions et avec les mêmes précautions, à la suite.

Le 13 et le 14, il y a un peu de tension et de douleur.

Le 15, rien de pareil. Il est difficile de constater la présence du liquide. La diminution de l'épanchement est évidente. En palpant, on sent, au niveau des cartilages, une sorte de crépitation due sans doute à cette substance gélatineuse mentionnée à la suite de l'évacuation faite par M. Labbé. Nous n'avons pas affaire à une hydarthrose simple, mais à une arthrite chronique, probablement de nature rhumatismale. Nous immobilisons le genou dans un appareil silicaté.

Depuis, l'épanchement est revenu, non-seulement dans le genou droit, mais aussi dans le gauche.

En somme, nous avons certainement éprouvé un insuccès au point de vue de la cure radicale, mais nous avons obtenu un résultat remarquable comme diminution momentanée de l'épanchement.

Ce résultat nous semble propre à encourager ceux qui auraient à soigner des hydarthroses chroniques simples à suivre la même pratique que nous, et à tenter au moins cette opération inoffensive.

Il me paraît résulter de cette observation de M. Louis Monod que, même dans une hydarthrose dépendante d'une lésion des cartilages, l'injection de l'alcool peut être faite sans accident et peut amener une grande diminution momentanée dans la quantité du liquide épanché. Sous ce point de vue, ce fait m'a paru digne de vous être communiqué.

Je termine en sollicitant de nouveau votre concours pour décider si ce mode de traitement des hydropisies locales est réellement utile, et, dans ce cas, pour établir les règles du traitement et élucider la question de physiologie pathologique qui se rattache à ce traitement.

COMMUNICATION

Lympho-sarcomes. — M. TRÉLAT. Je viens appeler l'attention de la Société sur un fait de généralisation de tumeur ganglionnaire qui n'est point l'adénie décrite par Trousseau. On a reconnu que ces lésions existaient avec ou sans leucocythémie. On s'est demandé ensuite s'il y avait derrière cette multiplication de ganglions malades un cancer primitif des ganglions, puis on a cherché si le mal était une hypertrophie, une hyperplasie ou un sarcome. Aujourd'hui, les exemples du même genre que l'observation que je vais vous soumettre sont déjà en nombre, témoin une récente observation de M. Lannelongue, publiée par M. Castiaux, et les faits antérieurs signalés par Virchow, dans son *Traité des tumeurs*. L'on voit d'abord apparaître une tumeur en un siége variable, principalement au cou, chez un individu robuste. On croit avoir affaire à une tumeur ganglionnaire simple, et on est exposé, en enlevant cette tumeur, à faire une opération inutile et même dangereuse, car le corps est souvent garni de tumeurs semblables, et qui sont tout à fait analogues au sarcome.

Toutes les tumeurs ganglionnaires ne sont pas de cette nature. Il y a des adénoses locales, si l'on peut ainsi dire, et qui existent chez les scrofuleux, et il en est de même des adénites des tuberculeux.

De l'observation que je vous présente, je tire à l'avance cette con-

clusion, qu'il importe de résoudre cette question : Doit-on, comme Trousseau, considérer les engorgements ganglionnaires multiples qui ne sont ni de la scrofule ni de la tuberculose, et les appeler l'adénie, ou bien les envisager comme une généralisation d'une tumeur sarcomateuse capable de s'étendre dans tous les points du système lymphatique? Pour moi, je considère que c'est là une grosse question à mettre à l'étude. En fait de tumeurs de ce genre nous sommes exposés à des opérations inutiles. Je dis inutiles parce que ces sortes de tumeurs se généralisent d'une façon latente. Il y avait, en effet, chez mon malade, bien que rien ne l'annonçât, des lymphadénomes dans la rate et le mésentère. Le mal se serait généralisé d'ailleurs très-probablement si mon malade n'avait point succombé pendant l'opération et par suite du chloroforme, ainsi que cela a semblé admis ici lorsque j'ai parlé antérieurement de ce malade.

Observation. — P... (Louis), 37 ans, ajusteur, entre le 21 septembre 1871 salle Saint-Gabriel, n° 39, service de M. Trélat.

Cet homme est grand, vigoureux; il a toujours eu une excellente santé.

Il y a deux ans, il s'aperçut de la présence de deux petites tumeurs, de la grosseur d'une petite noisette chacune, à l'angle droit de la mâchoire inférieure. Quoiqu'il ne ressentît aucune souffrance, il consulta néanmoins plusieurs médecins, qui lui prescrivirent des pommades et des tisanes. Le développement de ces tumeurs fut presque nul jusqu'au 1er janvier 1871. A partir de cette époque, elles prirent un accroissement considérable, tout en restant aussi indolentes que par le passé. Outre qu'elles augmentaient en volume, elles s'accroissaient en nombre, si bien qu'elles occupèrent bientôt toute la partie latérale droite du cou ; la déglutition fut entravée, mais la respiration s'effectua comme par devant.

Ce malade, que nous avons interrogé à plusieurs reprises sur le début et la marche de sa tumeur, nous a toujours affirmé qu'il ignorait absolument la cause de son affection organique, et qu'il ne pouvait se rendre compte de son développement rapide à partir du 1er janvier dernier. A cette époque, et pendant l'armistice qui eut lieu au mois de février suivant, il résidait à Rouen, où il faisait des éperons pour la cavalerie française. Il n'avait donc éprouvé ni privations, ni souffrances particulières, et n'avait eu aucune maladie récente ni aiguë ni chronique. Il n'avait aucune trace de scrofule présente ou passée et aucune marque de syphilis.

Voyant qu'il n'obtenait aucune amélioration au moyen des pommades qu'on lui avait conseillées, il s'adressa, dans le courant du mois de mars, à un médecin prussien qui l'engagea à se faire opérer. Effrayé, il se rendit à Paris au mois de juillet, et il alla à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Le chirurgien qu'il vit insista pour qu'il se soumît à une opération. Il s'y refusa; mais, quelque temps après, s'apercevant de la présence d'une petite tumeur à la partie antéro-supérieure de la cuisse droite, juste en avant du droit antérieur, il se décida à entrer à l'hôpital de la Pitié.

Quelques jours après son admission dans le service, M. Trélat enleva la petite tumeur de la cuisse droite pour connaître histologiquement sa texture, car le malade ne s'en plaignait nullement. Au bout d'une semaine, la cicatrisation était effectuée.

Cette petite tumeur, grosse comme une demi-noisette, arrondie, régulière, un peu ferme, absolument sous-cutanée, recouverte par une peau normale, ressemblait à une tanne ou à un petit lipome. Elle attira notre attention en raison de son apparition récente, et son examen contribua singulièrement à établir le pronostic général.

C'est à ce moment que remonte le premier examen du sang du malade. Il fut de nouveau étudié plus tard, lors de l'ablation de la tumeur cervicale. Il ressort de ces deux examens qu'il n'y avait chez notre malade aucune trace de leucocythémie.

Elle occupe la partie supérieure droite de la région du cou, sans empiéter sur la face; elle remonte jusque vers la parotide et semble se prolonger au-dessous de la mâchoire inférieure. Néanmoins, le toucher par la bouche ne permet pas de constater de saillie sur les parois de cette cavité.

J'ajouterai que la tumeur ne s'avance pas tout à fait jusqu'à la ligne médiane du cou. En bas, elle ne dépasse pas le milieu du muscle sterno-cleido-mastoïdien. En un mot, elle semble complétement limitée aux ganglions lymphatiques sous-maxillaires. Cette tumeur est globuleuse; elle présente à sa surface plusieurs bosselures, elle n'est pas très-mobile et ne dépasse pas en profondeur le plan superficiel des muscles du cou. Sa grosseur peut être comparée à celle d'une tête de fœtus à terme; sa coloration rouge doit être attribuée à la présence des cataplasmes qu'on place matin et soir, des pommades qu'on y a appliquées et des examens répétés auxquels le malade a été soumis. Sa consistance est inégale; en certains points, elle est manifestement fluctuante; une ponction exploratrice faite sur l'un de ces points donne issue à du sang noir collecté au sommet de la tumeur (4 octobre). Partout ailleurs, elle est

dure. La pression, les mouvements imprimés en sens divers ne déterminent pas la moindre souffrance. Les douleurs spontanées sont nulles; le malade n'éprouve qu'un peu de gêne dans la mastication et la déglutition. On est obligé de le nourrir avec de la bouillie et du vin; aussi n'est-il pas étonnant qu'il ait maigri depuis quelque temps. Néanmoins, l'état général est excellent; le malade se lève, se promène dans la cour; il a pu être conduit rue Saint-Martin, à la photographie des hôpitaux, la veille de son opération. L'examen des organes respiratoires et abdominaux n'offre rien de spécial.

Prenant en considération la vigoureuse constitution du malade, l'absence de toute diathèse, l'âge relativement avancé au moment de l'apparition de la tumeur, le développement rapide de celle-ci, son indolence absolue, son inértie comme phlegmasies consécutives ou intercurrentes, la composition normale du sang, M. Trélat diagnostiqua une hyperplasie ganglionnaire étrangère à la scrofule et procédant avec une rapidité d'invasion qui, dans une certaine mesure, la rapprochait des tumeurs malignes.

Les divers examens histologiques et la nécropsie établirent que si cette manière de voir n'était pas toute la vérité, elle s'en rapprochait beaucoup; de très-près sous le rapport du diagnostic, insuffisamment au point de vue du pronostic.

Si ce dernier avait été connu exactement, le chirurgien se serait sans doute abstenu d'opérer; mais, vu le diagnostic porté en présence du progrès de la tumeur, de la gêne fonctionnelle qu'elle causait et de la volonté du malade, il se décida à en pratiquer l'ablation.

Opération. 5 octobre. — Le malade a été anesthésié par le chloroforme. Une fois la résolution obtenue, le chirurgien fit une incision qui, naissant à quelques centimètres de la symphise du menton, gagne le bord postérieur du muscle sterno-cleido-mastoïdien. La peau ayant été divisée avec soin dans toute la région occupée par la tumeur, le chirurgien procède à la dissection des ganglions sarcomateux; il détruit avec ses doigts les adhérences solides qui existent avec l'angle de la mâchoire inférieure, arrache les prolongements qui gagnent la base du crâne et la région parotidienne; enfin, il sépare la tumeur des muscles sterno-mastoïdiens et hyoïdiens. Cette ablation s'est effectuée sans trop de difficulté; peu de sang a coulé; quelques ligatures ont été jetées sur les petits vaisseaux ouverts. La plaie qui a été pratiquée est énorme; au fond, on aperçoit nettement les battements de la carotide, qui soulève la

jugulaire interne; en haut, on voit l'angle de la mâchoire inférieure dénudé dans une certaine étendue; en dehors, le sterno-mastoïdien qui est entièrement ménagé; en dedans, le plan des muscles hyoïdiens intacts.

Examen de la pièce. — A la coupe, elle présente les colorations les plus diverses; la plus grande partie est d'un blanc bleuâtre. Dans certains endroits, elle est jaunâtre; ailleurs, elle est d'un noir foncé. Semi-dure dans la majeure partie de sa masse, elle présente en un point, celui qui correspond à la ponction exploratrice, un magma sanguin qui disparaît sous le doigt, et qui se laisse entraîner par un filet d'eau.

En somme, cette tumeur semble manifestement constituée par l'agglomération d'une multitude de ganglions lymphatiques altérés.

On panse ensuite la plaie avec la liqueur de Pagliari, et le malade est porté dans son lit.

6 octobre. — Pas de fièvre, point d'hémorrhagie.

17 octobre. — La plaie se cicatrise très-rapidement; l'état général est bon.

19 octobre. — Apparition au fond de la solution de continuité d'une couche blanc-grisâtre, qu'on cautérise avec une solution de perchlorure de fer.

20 octobre. — On aperçoit au voisinage de la plaie, sur le sterno-mastoïdien, une petite tumeur ganglionnaire très-mobile, ayant la grosseur d'une noisette, et complétement indolente.

30 octobre. — Elle augmente de volume très-rapidement. La vaste plaie de l'opération faite le 5 octobre est entièrement cicatrisée.

15 novembre. — Cette tumeur est grosse comme un marron d'Inde; M. Trélat se promet de l'enlever le lendemain matin.

16 novembre. — L'opération fut exécutée à onze heures et demie du matin, après avoir préalablement endormi le malade par le chloroforme.

M. Trélat communiqua, dans la séance du 21 février dernier, les détails de cette opération et du terrible accident qui emporta le malade au commencement de son exécution. Il n'y a pas lieu de revenir sur ces faits.

Autopsie. — Outre les particularités relatives aux veines du cou et de la poitrine, au poumon et au cœur, toutes relatives au mécanisme de la mort et sans relations avec la maladie, on nota les points suivants :

Rate. Elle est considérablement hypertrophiée; son volume est plus que doublé; néanmoins elle a conservé sa forme naturelle. Sur son bord antérieur se trouvent, à quelques centimètres de distance l'une de l'autre, deux tumeurs rondes, grosses chacune comme un marron d'Inde. La supérieure est un peu plus volumineuse que l'inférieure; elles s'énuclent l'une et l'autre sans la moindre difficulté. Sur la face externe de l'organe, on remarque deux petites gibbosités dures, résistantes à la pression du doigt. Une section opérée dans ce tissu conduit à deux tumeurs ayant l'aspect de ganglions lymphatiques, chacune d'elles égalant en volume une grosse noisette. Elles adhèrent plus intimement que les précédentes au parenchyme splénique, si bien que quand on les arrache, on entraîne des fragments de l'organe. A vrai dire, leur mollesse facilite peu leur énucléation. A la coupe, elles offrent une coloration laiteuse, identiqne à celle des ganglions lymphatiques ramollis. Les deux tumeurs marginales sont consistantes, leur tissu est d'un blanc bleuâtre; elles présentent en certains points de petites taches brunes et jaunâtres.

Mésentère. Il n'offre rien de spécial à son insertion à la colonne vertébrale; mais lorsqu'il arrive au voisinage de l'intestin grêle, il est soulevé par deux amas ganglionnaires, beaucoup plus volumineux que ceux que nous venons de décrire; ils sont en outre très-mous. A la coupe, l'un d'entre eux est fortement pigmenté, ce qui lui donne un peu l'aspect d'une truffe. L'autre est fluctuant. La bouillie qu'on en retire est jaune blanchâtre.

Foie. Hypérémié.

Cerveau. Pas d'œdème sous-arachnoïdien.

Moelle. Saine.

Voici maintenant les notes qui nous ont été remises par M. Malassez, interne distingué des hôpitaux, sous-chef du laboratoire du Collége de France, où les examens ont été faits en commun par MM. Ranvier et Malassez :

Examen microscopique. — En râclant la surface de la coupe, on obtient une bouillie grisâtre, parfaitement miscible à l'eau, et formant avec elle un liquide lactescent.

Examiné au microscope, on y trouve des granulations graisseuses et des éléments cellulaires en grand nombre. Ces cellules sont de forme et de volume différents : les unes sphériques, petites, mesurant de 4 à 7 millièmes de millimètre. Elles sont granuleuses et, traitées par l'acide acétique, elles deviennent transparentes et lais-

sent voir dans leur intérieur 1, 2 ou 3 petits noyaux. Les autres, et ce sont les plus nombreuses, sont plates ou polyédriques; leur volume, très-considérable, varie entre 15, 20 et même 23 millièmes de millimètre. Parmi ces cellules, les plus petites ont un seul noyau; les plus grandes en ont 2, 3 et quelquefois 4. Ces noyaux sont ronds ou ovoïdes et mesurent 9 millièmes en moyenne; ils contiennent un ou plusieurs nucléoles, ronds ou allongés et assez volumineux.

Sur des coupes fines (la pièce ayant été durcie dans l'acide picrique et l'alcool), on retrouve en certains points le tissu ganglionnaire dans un état à peu près normal (fin réticulum, et dans les mailles de ce réticulum, cellules lymphatiques).

En d'autres points, on voit, au milieu de cellules lymphatiques normales, quelques-unes de ces volumineuses cellules précédemment décrites. Enfin, et c'est ce qui se trouve sur la plus grande étendue des coupes, les cellules ont presque complétement disparu et sont remplacées par les grandes cellules.

Mais comme le réticulum n'a pas disparu, et qu'on le voit entourant et séparant des groupes de ces grandes cellules, la coupe a un aspect aréolaire qui pourrait la faire prendre au premier abord pour une coupe de tissu carcinomateux. Cependant, si on vient à comparer cette coupe avec une coupe de carcinome glanglionnaire vrai, on constate de grandes différences : au lieu d'un simple réticulum, il y a dans le carcinome des parois alvéolaires qui, si petites qu'elles soient, sont toujours plus épaisses qu'un réticulum, si développé qu'il soit. Puis, les vaisseaux, au lieu d'être en rapport direct avec les éléments cellulaires, sont situés dans l'épaisseur des parois alvéolaires.

Quant aux parties périphériques, elles présentent un développement nouveau de tissu fibreux formant comme une coque autour du ganglion.

En résumé : cette tumeur est un sarcome développé dans les ganglions lymphatiques, un sarcome ganglionnaire, ce que quelques auteurs ont désigné sous le nom de lympho-sarcome; expression mal définie, qui, comme celle d'ostéo-sarcome, peut être prise dans deux sens différents, soit qu'on veuille exprimer une formation sarcomateuse pure développée dans les ganglions ou dans un os, soit qu'on veuille exprimer une formation sarcomateuse se transformant dans le sens du tissu ganglionnaire ou du tissu osseux, quel que soit du reste son point de départ.

Les unes sont complétement semblables à celles de la cuisse; ce sont les plus petites de celles qu'on trouve à la périphérie de la masse ganglionnaire.

Les autres n'en diffèrent que par une dégénérescence graisseuse plus ou moins avancée des éléments, et par la présence d'hémorrhagies plus ou moins abondantes, plus ou moins anciennes.

La plupart d'entre elles adhèrent les unes aux autres, par suite de leur accroissement et de l'union de leurs coques fibreuses. Puis, comme le processus sarcomateux finit par envahir la coque fibreuse, on peut voir des tumeurs voisines adhérentes par leur coque et communiquant ensemble par leurs parties centrales.

Tumeur secondaire de la rate. — Mêmes éléments sarcomateux. Il reste à rechercher s'il existe là un réticulum analogue au réticulum lymphatique, à déterminer par conséquent si cette tumeur secondaire est un sarcome ou bien un lymphadénome sarcomateux.

Après avoir fait ces nouvelles recherches, MM. Ranvier et Malassez envoient la note complémentaire que voici :

On voit, en résumé, que les tumeurs secondaires sont complétement semblables, comme structure, à la tumeur primitive ; or, si l'on admet que le travail pathologique qui a produit la formation des tumeurs secondaires est le même que celui qui a produit l'altération ganglionnaire primitive, on est amené à dire que la tumeur primitive était, non pas un sarcome ganglionnaire, car les tumeurs secondaires auraient été des sarcomes, mais des lymphosarcomes vrais, c'est-à-dire des tumeurs composées de tissu lymphatique et d'éléments regardés comme sarcomateux.

Depuis, nous avons examiné un certain nombre de tumeurs, nées également dans les ganglions et s'étant généralisées de la même façon. Au point de vue de la structure, les unes étaient des lymphadénomes vrais, les autres des tumeurs à cellules semblables ou cellules lympathiques, mais à gros réticulum.

Comparant alors ces cas et votre lympho-sarcome, il nous a semblé qu'il y avait entre eux plus de caractères communs que de caractères différentiels. Toutes, en effet, sont construites sur le type lymphatique : réticulum d'une part, cellules de l'autre ; les différences ne portant que sur le développement plus ou moins considérable de l'un ou de l'autre de ces éléments.

On pouvait donc rapprocher ces tumeurs les unes des autres, et les considérer toutes comme des lymphadénomes, et chacune d'elles comme une variété de lymphadénomes.

Il y aurait d'après cette manière de voir : 1° des lymphadénomes à type pur, ayant une structure tout à fait semblable à celles des ganglions lymphatiques : fin réticulum et cellules lymphatiques ; 2° des lymphadénomes s'écartant plus ou moins de la structure normale des ganglions lymphatiques et qui seraient : les uns, à grosses cellules (lympho-sarcome des auteurs) ; les autres, à gros réticulum (variété non décrite et que MM. Ranvier et Malassez ont constatée sur les pièces de M. Castiaux).

Peut-être trouvera-t-on encore d'autres variétés.

Enfin, en complétant ces données par les indications fournies par d'autres histologistes, il semble rationnel d'admettre que :

1° Les cas d'adénie ne paraissent pas différer de certains cas de lymphadénomes ;

2° Suivant l'opinion de MM. Potain, Cornil et Ranvier, les cas de leucocythémie peuvent être regardés comme des cas d'adénie dans lesquels est survenue une complication : l'augmentation des globules blancs de sang.

Aussi on peut se demander si tous ces faits ne sont pas des manifestations diverses d'une même maladie, qu'on pourrait appeler la *lymphadénie*. Resterait alors à déterminer à quoi tiennent les différences qui existent entre ces manifestations ; ce qui appelle de nouvelles études.

M. PERRIN. M. Trélat pense-t-il que l'évolution du lympho-sarcome soit semblable à celle de l'adénie décrite par Trousseau? Quant à la question chirurgicale, je me demande si l'on a des signes distinctifs entre les hypertrophies simples et les cas cités par M. Trélat, capables d'indiquer quand l'on ne doit pas enlever les ganglions. Je suis à mon aise pour parler de ces indications ; car, pour moi, je crois qu'en présence de tumeurs ganglionnaires, l'abstention est la meilleure pratique.

M. TRÉLAT. J'ai, dans cette communication rapide, omis plusieurs points sur lesquels je reviendrai lorsque la question sera reprise. Je répondrai à M. Perrin que l'adénie peut être rapprochée du lympho-sarcome, et que ces maladies ne sont, ni l'une ni l'autre, la leucocytose. Ainsi que l'ont montré MM. Potain, Ranvier et Virchow : la leucocytose peut exister ou manquer dans l'adénie.

M. Perrin demande s'il y a des signes distinctifs capables de faire reconnaître l'adénome. Ici je comble une lacune de ma communication. Oui, il y a des signes : l'âge adulte, l'absence de signes d'une diathèse antérieure, le début insensible, un developpement de la tumeur ne causant pas de douleurs, puis l'accroissement ra-

pide qui ferait croire qu'il s'agit d'un cancer, tels sont les signes qui permettraient de reconnaître les lympho-sarcomes.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire : Armand Després.

SÉANCE DU 15 MAI 1871.

Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux;* — l'*Union médicale;* — la *Gazette hebdomadaire ;* — le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques ;* — a *Gazette médicale de Strasbourg ;* — le *Lyon médical.*

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Robert : la *Statistique des opérations pratiquées, du 14 août au 1er novembre 1870, à l'ambulance du quartier Coislin, à Metz* (Commission de statistique) ; — *Paris, étude démographique*, par le docteur Ély.

M. Chassaignac présente, au nom de M. le docteur Duménil, membre correspondant, un travail sur le *Drainage chirurgical appliqué au traitement de la pleurésie purulente.*

M. Guéniot présente, au nom de M. le docteur Rizzoli, un ouvrage intitulé : *Clinique chirurgicale, traduit de l'italien, par le docteur Andreissi.*

M. Labbé lit un travail de M. Oré, de Bordeaux, sur l'injection intraveineuse ; — Action physiologique du chloral injecté dans les veines ; — Effets de cette injection contre les accidents tétaniques : — Déductions cliniques. (Cette lecture sera achevée dans la prochaine séance.)

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. CHASSAIGNAC soumet à l'examen de ses collègues les pièces justificatives suivantes à l'appui de son travail sur les résections :

1° Un mémoire sur la résection de la clavicule, publié dans la *Gazette hebdomadaire*, n° du 8 juin 1855 ;

2° L'opération complète d'une malade opérée de résection et présentée à l'Académie de médecine dans la séance du 16 janvier 1855 ;

3° Un tableau de 17 opérations de résection faites avec succès; tableau mentionnant : 1° l'âge des sujets opérés et la date exacte de l'opération; les hôpitaux dans lesquels l'opération a été faite; les résultats cliniques constatés par dates précises; 2° l'indication bibliographique du lieu de publication;

4° Un atlas contenant 20 planches qui représentent les procédés à incision unique auxquels plusieurs chirurgiens se sont ralliés ultérieurement à 1844, époque où tous ces procédés ont été décrits à la Société de chirurgie.

Discussion sur l'érysipèle.

M. LÉON LE FORT. La communication de M. Verneuil sur l'érysipèle précoce, se montrant presque sans phénomènes précurseurs chez les malades déjà atteints de plaies en suppuration, lorsque l'on blesse en quelque sorte leur plaie, lorsque, de cette plaie ancienne, on fait sur un point une plaie nouvelle par un cathétérisme, une exploration de cette plaie par la résection d'un bord cutané à demi-détaché et peu vivace, a soulevé deux questions déjà fort souvent discutées : l'identité de l'angioleucite et de l'érysipèle; le caractère épidémique ou contagieux de cette maladie.

Le procès-verbal de la séance du 24 avril 1872 me représente comme soutenant, avec M. Desprès, l'identité des deux maladies. C'est, vous allez le voir, m'attribuer une opinion que je n'ai point émise et que je ne saurais avoir. En effet, quand on parle de l'identité de l'angioleucite avec l'érysipèle, il est clair qu'on ne peut avoir en vue que l'angioleucite des réseaux lymphatiques, maladie qui se caractériserait par des symptômes identiques à ceux de l'érysipèle. Or, si pour M. Desprès l'érysipèle n'existe qu'à titre d'angio-

leucite réticulaire, pour moi l'angioleucite réticulaire n'existe qu'à titre d'érysipèle, autrement dit, l'angioleucite réticulaire n'existe pas. Voici de quelle façon, pour le moins singulière, je partagerais les idées de M. Després.

Les découvertes anatomiques et physiologiques ont toujours une grande influence sur les théories médicales. Lorsqu'on découvrit l'existence des phénomènes réflexes, on fit jouer à l'action réflexe un rôle fort exagéré. Lorsque Virchow fit ses travaux sur les embolies, on ne vit partout que des obstructions emboliques. Plus récemment et aujourd'hui encore, depuis les belles expériences de M. Claude Bernard sur les effets de la section du grand sympathique, on fait figurer, dans presque toute la physiologie pathologique, les modifications de la circulation sous l'influence des *vaso-moteurs*. Aujourd'hui, c'est le tour des ferments.

Les travaux de Panizza, de Breschet, de Sappey, en faisant connaître les lésions lymphatiques du derme, devaient amener à faire jouer à ces vaisseaux un rôle analogue en pathologie à celui qu'on avait fait jouer aux vaisseaux lymphatiques afférents lors de leur découverte. Alard en 1824, Velpeau en 1835, décrivirent la lymphangite, puis l'angioleucite, et Blandin émit le premier cette idée, reprise depuis par M. Després : l'identité de l'angioleucite et de l'érysipèle.

Si on admet cette fusion des deux maladies, il faut bien admettre, puisque l'érysipèle se montre partout, qu'il y a partout des réseaux lympathiques assez serrés pour que leur inflammation donne naissance à cette rougeur diffuse, étendue uniformément sur de larges surfaces. Or, on ne peut trouver de réseaux lymphatiques d'une pareille finesse dans bien des points où existe l'érysipèle. Nombreux sur quelques points de la face, aux oreilles, sur le cuir chevelu, au scrotum, sur le prépuce, autour des ouvertures naturelles; fins et nombreux aux doigts, aux orteils; existant également sur quelques muqueuses extérieures, comme au gland, sur le col utérin, le vagin; dans quelques glandes, comme la mamelle, les réseaux lymphatiques démontrent pathologiquement leur présence par le gonflement rapide des ganglions correspondants, lorsqu'une cause d'irritation siégeant à leur niveau a amené une perturbation de leurs fonctions. Aussi voyons-nous tous les jours la moindre plaie quelque peu irritée, la moindre ulcération du nez, du cuir chevelu, des oreilles, des lèvres, amener l'engorgement des ganglions lymphatiques. Nous savons la constance de l'adénite inguinale dans les ulcérations vénériennes des organes génitaux; nous savons la fréquence,

sinon même la constance, de l'extension aux ganglions du cou, de l'aisselle, des épithélioma, ou des cancers des lèvres, du sein, de la langue; et quand nous voyons engorgés, tuméfiés, les ganglions verticaux de l'aine, nous savons que c'est d'abord vers les orteils, vers le pied, que nous devons avant tout rechercher la présence de la plaie, de l'écorchure qui a pu amener cette adénite. Or, si les adénites sont fréquentes, sont ordinaires dans ces circonstances, nous savons combien relativement elles sont rares quand la plaie siége sur les parties dépourvues de réseaux lymphatiques. Le moindre furoncle siégeant sur les membres, surtout à leur face interne ou à leurs extrémités, s'accompagne d'adénite; elle est bien autrement rare même dans les grands anthrax du dos. Et cependant partout on voit l'érysipèle, partout on le retrouve avec les mêmes caractères, que le réseau lymphatique soit fin, soit serré, ou à peine démontrable par l'anatomie.

Mais ici, messieurs, je dois prévoir une objection : les recherches anatomiques n'ont pas, jusqu'à présent, fait découvrir partout de réseaux lymphatiques, mais on ne peut en inférer que ces réseaux n'existent pas et ne seront pas ultérieurement découverts. J'accepte l'argument, je veux même le croire fondé dans une assez large mesure; mais alors je me heurte à un autre obstacle, je rencontre une nouvelle objection.

Pour expliquer la rougeur accompagnant la soi-disant inflammation des réseaux lymphatiques il faut : ou bien que leur contenu soit devenu rouge, ou bien qu'il y ait un développement anormal et momentané de leurs *vasa vasorum*, caractère principal de l'inflammation.

La première supposition ne peut nous arrêter; il ne nous reste donc que la seconde. Or, s'il y a des *vasa vasorum* dans les vaisseaux lymphatiques collecteurs, il n'y en a pas dans les canalicules réticulaires, et les capillaires lymphatiques manquent de *vasa vasorum* sanguins. Teichmann, Belajeff, Sappey, Robin, ont montré que ces capillaires n'ont qu'une paroi simple, épithéliale formée par des cellules allongées, polygonales, fusiformes. Or, comme on ne peut admettre que l'inflammation puisse se montrer avec son caractère de rougeur, de vascularisation, là où il n'y a pas de vaisseaux, je suis bien obligé de nier l'existence d'une angioleucite des réseaux se caractérisant par des symptômes analogues à ceux de l'érysipèle.

Qu'observons-nous au lit du malade?

Autour d'une plaie accidentelle ou chirurgicale, d'une piqûre vaccinale irritée par le contact de substances et quelquefois de

médicaments irritants, comme le cérat altéré, le diachylon, quelquefois par des pansements mal faits, par le frottement des linges ou des vêtements, nous voyons survenir de la rougeur. Cette rougeur s'étend en cercle, en général assez régulier, jusqu'à une certaine distance de la plaie; la douleur, la chaleur, la tuméfaction, la rougeur de la peau nous indiquent bien, à défaut même d'une légère amélioration du pouls, qui du reste existe presque toujours, qu'il s'agit là d'une véritable inflammation. C'est la peau, c'est le tégument cutané dans toute son épaisseur qui est enflammé. Bientôt, surtout si la plaie siége dans une région abondamment fournie de capillaires lymphatiques, on ne tarde pas à voir le malade se plaindre d'une douleur dans l'aine, dans l'aisselle, et l'on y découvre une tuméfaction, un engorgement des ganglions lymphatiques; et cependant, entre la plaie et le ganglion ainsi altéré sous l'influence manifeste de cette plaie, on ne trouve encore ni rougeur, ni trace d'inflammation. C'est que la peau, altérée dans ses fonctions, a fourni aux vaisseaux lymphatiques, qui l'ont transportée au ganglion, une lymphe altérée elle-même dans sa composition, irritante, et qui devient l'origine de l'inflammation des lymphatiques ganglionnaires. C'est l'*adénite simple.*

Mais si l'altération, l'inflammation de la plaie cutanée persiste, et surtout si elle augmente, on voit apparaître entre la plaie et les ganglions des cordons rouges, d'un rouge vineux, qui ne sont autre chose que les gros vaisseaux lymphatiques afférents dont les *vasa vasorum* se sont injectés, et qui ont communiqué leur inflammation au tissu cellulaire au milieu duquel ils circulent, et même à la peau, sur la face profonde de laquelle rampent les gros vaisseaux. C'est l'*angioleucite diffuse simple.*

Puis vient une troisième période. Que la lymphe altérée continue à arriver au ganglion en quantité plus considérable, ou qu'elle lui arrive avec un surcroît d'altération dû à l'augmentation de l'inflammation de la plaie, l'inflammation du ganglion augmente, s'étend à l'atmosphère celluleuse au milieu de laquelle il est plongé, et nous verrons survenir, non pas, comme on le croit trop souvent quand il s'agit d'adénites franches, inflammatoires, mais, comme on le voit quelquefois, des adénites suppurées, mais des *phlegmons périganglionnaires.*

Ce qui se passe autour des ganglions se passe aussi autour des vaisseaux lymphatiques afférents, des troncs lymphatiques qui vont de la plaie aux ganglions. Le tissu cellulaire qui les entoure s'enflamme; la peau elle-même, dans ses éléments les plus profonds

et même dans toute son épaisseur, participe à l'inflammation; des sillons rougeâtres, s'élargissant çà et là en des plaques plus ou moins larges, se montrent le long du trajet de ces vaisseaux; la peau, à ce niveau, a tellement augmenté de consistance, d'épaisseur, qu'on ne peut la saisir entre les doigts; là encore, si l'inflammation augmente sous l'influence première de l'irritation apportée par les lymphatiques enflammés, elle peut aller jusqu'à la suppuration, qui se montre sous forme de petits phlegmons cutanés ou sous-cutanés, de petits abcès séparés les uns des autres et placés le long du trajet des vaisseaux lymphatiques. C'est l'*angioleucite simple phlegmoneuse.*

Enfin, messieurs, dans d'autres circonstances, les désordres vont plus loin encore. La lymphe altérée circulant dans les vaisseaux lymphatiques afférents, et même dans ces capillaires lymphatiques réduits à une paroi épithéliale, agit sur le tissu cellulaire, au milieu duquel circulent les canaux à paroi simple et élémentaire, comme elle agit à travers la couche épithéliale interne sur le gros vaisseau lymphatique ayant ses tumeurs propres et ses *vasa vasorum* particuliers. Ce tissu cellulaire s'enflamme, la peau s'enflamme à son tour, et nous avons alors ces plaques rougeâtres plus ou moins étendues autour de la plaie, ou sur le trajet des principaux lymphatiques qui en émanent. C'est l'*angioleucite diffuse*, et je conserve ce nom à la maladie pour indiquer dans quels éléments anatomiques se trouve son point de départ primitif.

Mais là encore l'inflammation peut aller jusqu'à la suppuration, et nous trouverons alors non plus de petits abcès isolés, disséminés le long du trajet des vaisseaux lymphatiques, mais des nappes purulentes plus ou moins vastes, étendues sous la peau qu'elles décollent, en un mot, une *angioleucite phlegmoneuse diffuse.*

Or voici ce qui caractérise essentiellement toutes ces lésions et qui les distingue nettement de l'érysipèle, bien que l'*angioleucite phlegmoneuse diffuse* ne soit à proprement parler que la maladie appelée l'érysipèle phlegmoneux. C'est d'abord que les angioleucites simples, phlegmoneuses, circonscrites ou diffuses suivent toujours le trajet des vaisseaux, c'est-à-dire vont de la circonférence au centre, tandis que l'érysipèle se promène çà et là sans que rien semble lui tracer une route définie. C'est que l'érysipèle est limité par des bords saillants ou nettement tranchés, tandis que la rougeur de l'angioleucite se confond par teintes graduellement décroissantes avec la couleur normale de la peau. C'est enfin que l'érysipèle a des symptômes précurseurs, tandis que ces symptômes manquent en

général dans l'angioleucite. Si l'on me demandait pourquoi la rougeur de l'érysipèle affecte cette forme, quelle est la nature de la maladie, comment on peut expliquer sa migration par poussées successives, je confesserais à cet égard mon ignorance, et je ne sache pas que personne ait pu jusqu'à présent expliquer pourquoi, dans d'autres fièvres éruptives, comme la rougeole ou la scarlatine, l'injection des vaisseaux de la peau affecte des formes si nettement limitées et le plus souvent si caractéristiques.

En résumé, on peut admettre l'inflammation des vaisseaux lymphatiques afférents, des troncs ou des ganglions lymphatiques; on ne peut admettre l'inflammation des capillaires lymphatiques réticulés. On peut admettre que, de même que la présence de lymphe altérée provoque l'inflammation des parois propres d'un vaisseau lymphatique, et plus tard l'inflammation des tissus voisins, de même la présence de lymphe altérée circulant dans les capillaires lymphatiques, n'ayant d'autre paroi qu'une couche de cellules épithéliales, peut amener l'inflammation et même la suppuration du tissu cellulaire au milieu duquel ils rampent; mais je ne saurais admettre l'inflammation des réseaux lymphatiques eux-mêmes, et moins encore l'identité de l'érysipèle avec l'angioleucite circonscrite ou diffuse, puisque en dehors de toute particularité tenant à la marche de la maladie, on voit l'érysipèle là où il n'existe pas, où il ne saurait exister d'angioleucite.

J'arrive maintenant à la seconde partie de la question. L'érysipèle est-il contagieux, est-il épidémique? Notre collègue M. Després nie à la fois la contagion et l'épidémie. Voyons d'abord l'épidémicité. M. Després, dans son *Traité de l'érysipèle,* a fait surtout l'histoire d'une épidémie de 63 cas d'érysipèle ayant régné en 1861 dans le service de M. Velpeau et ayant causé 35 cas de mort; mais pour M. Després, il n'y a pas là les caractères d'une épidémie. Il y a toujours, dit-il, dans un service de chirurgie un certain nombre de cas d'érysipèle, variant très-peu de mois en mois. Si le nombre des érysipèles est si peu variable, les causes de mort par cette maladie doivent entrer dans une proportion toujours à peu près la même dans la mortalité générale d'un service de chirurgie. Or en 1860, dans le service de M. Velpeau, il est mort 1 malade sur 35 (chiffre brut). En 1861, ce service ayant reçu 1,060 malades, il aurait dû y avoir, suivant cette proportionnalité, de 1 sur 35, environ 30 décès, toutes causes de mort réunies; or, au lieu de 30 décès, il y en eut 35 rien que par l'érysipèle. Du reste, je ne saurais m'étonner que M. Des-

prés nie l'épidémicité de l'érysipèle, car il n'admet pas facilement les épidémies. « Quoi qu'il en ait été dit, écrit-il dans son *Traité de l'érysipèle* (page 126), il n'y a pas de quoi établir qu'en 1861 il y a eu des fièvres puerpérales épidémiques à l'hôpital de la Charité. » La mortalité du service spécial d'accouchement ayant été de une accouchée sur sept pour la période qui se termine en 1861, on voit que notre collègue est assez réfractaire à l'idée d'épidémie, c'est-à-dire à l'idée de morbidité et de mortalité exceptionnelles.

M. Desprès n'accepte pas les épidémies d'érysipèle; mais, comme il n'attribue le développement de la maladie, et cela avec raison, qu'à des pansements mal faits, je lui accorderai qu'il n'y a pas eu dans le service de M. Velpeau, en 1861, à l'époque où il était interne, d'épidémie d'érysipèle, s'il veut me concéder qu'il y a eu une épidémie de mauvais pansements.

Mais je vais l'étonner bien davantage. En trois années, 1869-70-71, dans mon service des hommes, à l'hôpital Cochin, je n'ai pas eu un seul cas d'érysipèle, ou plutôt j'ai vu trois cas sur lesquels je reviendrai, et qui donnent plus d'intérêt encore à cette immunité.

Ceci, en effet, m'amène à parler de la seconde question : l'érysipèle est-il contagieux? Je regrette que l'heure avancée m'empêche d'aborder ce sujet avec les développements qu'il mérite. Je devrais, en effet, montrer que, si l'on donne au mot épidémie l'acception qu'il doit avoir, mais qui n'est pas en rapport avec son étymologie; si on donne le nom d'épidémiques aux maladies atteignant dans un espace de temps limité, et dans un temps également limité, un nombre exceptionnel de malades, nous verrons que des maladies ayant ce caractère épidémique peuvent naître *primitivement* dans un pays, s'y montrer tantôt à des époques fixes, tantôt à des époques variables, mais ne pas sortir du lieu où elles se sont montrées; comme la fièvre intermittente, le goître, le crétinisme, ce sont des *épidemies stationnaires*, et c'est cette classe de maladies qu'on caractérise d'ordinaire du mot d'endémiques, en opposant ce mot d'endémie à celui d'épidémie.

Il est au contraire des maladies qui, ayant, par leur apparition sur un certain nombre de personnes, le caractère épidémique, ne meurent pas au foyer où elles ont pris naissance. Elles vont çà et là, d'hôpital en hôpital, de ville en ville. Ce sont en quelque sorte des *épidémies voyageuses*. Les unes sont si fréquentes que ces épidémies sont presque permanentes : ainsi l'infection purulente nosocomiale, l'érysipèle ; d'autres sont un peu moins permanentes, mais fréquentes, comme la fièvre puerpérale dans les maternités ;

d'autres encore sont un peu plus rares, comme la variole, la scarlatine, la rougeole, la diphthérite, la coqueluche; d'autres enfin sont heureusement rares, comme le choléra et la fièvre jaune en Europe. Or j'ai cru, dans mon livre *Des Maternités*, pouvoir poser cette loi : Toute maladie susceptible de se propager d'un lieu à un autre est épidémique, et les épidémies sont dues à la contagion qu'on a laissé s'exercer librement.

Appliquons ces données à l'érysipèle, qui, pour moi, est absolument contagieux, tout aussi bien que l'infection purulente. Pour avoir une épidémie d'érysipèle dans une salle de malades, dans un hôpital, il faut d'abord qu'il vienne du dehors ou qu'il se développe primitivement, spontanément si l'on veut, un cas d'érysipèle chez un malade de l'hôpital ou de la salle; il faut ensuite que la maladie soit transmise à d'autres malades, se présentant dans les conditions favorables au développement de l'érysipèle.

Pour ce qui concerne l'apparition des cas spontanés, je suis tout à fait de l'avis de M. Després. Oui, un mauvais mode de pansement ou l'absence de pansement suffisent pour faire éclore un érysipèle. Je suis également de l'avis de M. Verneuil qui nous montre le danger de faire saigner des plaies en suppuration. Oui, il suffit souvent de faire saigner les bourgeons charnus en tirant un brin de charpie collé sur la plaie, en procédant sans précaution à l'exploration avec le stylet; oui, en agissant ainsi, on va au devant de l'érysipèle.

Par quel mécanisme la maladie se produit-elle? pourquoi se développe-t-elle souvent si rapidement? Ici, je m'éloigne de M. Verneuil, je ne puis accepter son explication; mais je ne puis en donner une autre. J'ignore le mécanisme; mais, ce que je n'ignore pas, c'est le moyen d'empêcher l'érysipèle. Or, on l'évite en n'irritant pas les plaies par de mauvais traitements, par du cérat, des graisses, des huiles, des pommades, etc.; en ne les faisant pas saigner; en recouvrant les plaies d'un pansement qui les tienne toujours humides; d'un pansement qui, en raison de cette humidité, ne colle pas à la surface de la plaie. Ce pansement, que j'ai appelé par balnéation continue, c'est le pansement vulgaire : la compresse trempée dans l'eau pure; mais avec l'enveloppement de la partie dans une toile imperméable qui empêche l'évaporation. Ce pansement est-il efficace? Voici les faits. En trois années, dans mon service des hommes à l'hôpital Cochin, service riche en traumatismes, je n'ai pas eu un seul cas d'érysipèle (sauf trois dont je vais parler). Je n'ai pas besoin de dire que je ne fais pas d'équivoque et que je n'ai pas

baptisé du nom d'angioleucite en plaque ou diffuse de vrais érysipèles. J'ai eu des angioleucites des gros vaisseaux lymphatiques, de ces traînées sous forme de cordon allant aux ganglions; je n'ai eu ni angioleucite en plaque, ni érysipèle. Cependant il y en a eu un en 1870, voici dans quelles circonstances : Un homme avait été soigné par moi pour une plaie très-large du front. Il en avait guéri après trois semaines de séjour à l'hôpital, et, suivant mon habitude à Cochin, je faisais les pansements moi-même. Guéri de sa plaie, cet homme avait derrière la tête quelques très-petits furoncles, que je pansai comme toujours avec les compresses humides et le taffetas gommé. Une grippe m'éloigne de l'hôpital pour deux jours; à mon retour, je trouve le malade sans pansement; mon interne, quelque zélé qu'il fût, n'avait pas encore été converti à mes idées, et jugeant cette petite plaie tout à fait insignifiante, il l'avait abandonnée à elle-même. Or, je retrouvai le malade avec de la fièvre, de l'inappétence; j'annonçai un érysipèle, qui parut le surlendemain. Or, ce qui prouve que le pansement avait plus d'influence que le milieu, c'est que pendant un mois d'absence, en octobre dernier, un de nos collègues qui me remplaçait eut deux cas au moins d'érysipèle, dont un suivi de mort.

Voici donc comment on peut empêcher l'apparition spontanée ou primitive de l'érysipèle. Comment peut-on s'opposer à la contagion? Ici les choses se compliquent.

Tandis que je n'ai pas eu de cas d'érysipèle dans mon service des hommes, j'en ai eu au moins une dizaine dans le service des femmes. Ma première opération à Cochin (extirpation d'un adénome, très-petit, du sein) fut suivie d'un érysipèle mortel. Trois malades, dans le même lit, ont eu, à peu près l'une après l'autre, des érysipèles, et, je le répète, j'en ai eu dans cette salle un certain nombre. Je ne m'expliquais pas cette différence.

Au 25 décembre dernier, je prends le service à Lariboisière. En janvier, coup sur coup, presque simultanément, cinq ou six cas d'érysipèle se développent dans la salle. C'était un début d'épidémie. Mais depuis 1870 j'avais réfléchi, j'avais été frappé de certains faits. Comme j'emploie toujours un mélange d'eau et d'un dixième environ d'alcool, je me fais présenter l'alcool, soupçonnant que c'était de l'alcool ordinaire. Je ne me trompais pas. J'y substitue l'alcool camphré, l'épidémie s'arrête comme par enchantement. Mais, quinze jours après, un nouveau cas d'érysipèle se montre; je demande la bouteille, elle portait bien l'étiquette *Alcool camphré*, mais.... l'étiquette était mensongère; c'était de l'alcool simple. Je

reviens à l'alcool camphré, et jusqu'à présent je n'ai pas eu de nouveaux cas. J'ajoute toutefois que le fait est récent.

Or, voici ce qui m'avait frappé et ce que je livre à vos observations, sans rien affirmer encore. Si j'employais à Cochin, dans le service des hommes, de l'alcool camphré, c'est que, connaissant la sobriété des infirmiers et des malades, je ne voulais pas mettre à leur portée de l'alcool simple. Dans le service des femmes, le même motif n'existant pas, j'employais de l'alcool ordinaire, et là j'eus parfois de l'érysipèle.

Or, je me fais cette question : Le pansement humide, bien fait, empêche l'érysipèle spontané; le camphre si compromis par Raspail, le camphre cet ennemi des moisissures, des ferments, ne pourrait-il pas détruire, à la surface d'une plaie saine, le germe, la contagion d'un érysipèle communicable par un malade voisin atteint de cette maladie? Voici le fait que je soumets à votre vérification, à votre observation ; mais je puis dire, depuis quatre ans que j'emploie le pansement à l'eau alcoolisée camphrée et l'enveloppement, j'ai oublié ce que c'est qu'une épidémie d'infection purulente ou d'érysipèle.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Luxation ancienne du coude en arrière. — M. MARC SÉE présente une luxation ancienne du coude en arrière. La pièce, recueillie à l'Ecole pratique, a été prise sur un sujet de 54 ans, mort à l'hôpital Beaujon le 10 mai 1872. A la dissection, M. Sée a constaté l'intégrité parfaite de toutes les parties molles. Muscles, aponévrose, capsule articulaire, ne présentaient aucune trace de lésions plus ou moins anciennes, et, n'eût été le déplacement des surfaces articulaires, on eût considéré la pièce comme normale.

L'articulation est d'une solidité parfaite et ne permet aucune disjonction des os qui la composent. Dans l'extension complète, l'avant-bras forme avec le bras un angle de 140 degrés. Dans la flexion extrême, l'angle est réduit à 80 degrés. Les mouvements d'extension et de flexion se font donc dans une étendue de 60 degrés. Ils ont toute la facilité et toute la précision de l'état physiologique. Les mouvements de pronation et de supination s'exécutent avec non moins de facilité et ne sont guère moins étendus que dans une articulation saine.

Et cependant les deux os de l'avant-bras ont tous deux passé en

arrière de l'extrémité inférieure de l'humérus. L'apophyse coronoïde du cubitus se loge, pendant l'extension, dans la cavité olécrânienne, et le sommet de l'olécrâne est alors à 7 centimètres au-dessus de la portion inférieure de la poulie humérale. Le radius a suivi le cubitus dans son déplacement; sa tête se trouve en arrière, et au-dessus de l'épicondyle; elle est un peu mobile dans le sens transversal par suite du relâchement de ses attaches au cubitus.

Des *ligaments latéraux* très-solides, formés de faisceaux fibreux, nets et résistants, unissent le cubitus à l'humérus; dans l'interne, se trouve, derrière l'épitrochlée, un noyau osseux du volume d'une noisette. Une capsule très-fibreuse, très-épaisse et très-dense, enveloppe de toutes parts la tête et le col du radius. De sa partie interne part un ligament très-épais qui l'unit à l'épicondyle, dont la tête radiale peut s'écarter d'un centimètre. La face interne de cette capsule est unie à une petite dépression centrale de la face supérieure de la tête radiale par un petit *ligament rond* de 4 millimètres de longueur. Dans sa portion antérieure, s'est développée, au niveau du col, une plaque osseuse irrégulière.

La trochlée humérale est déformée : la gorge est élargie et plus profonde que d'habitude; son rebord interne, très-saillant en avant, est rugueux, creusé de petits orifices vasculaires et dépourvu de revêtement cartilagineux à sa partie supérieure. La petite tête humérale est déformée et augmentée de volume en avant.

L'apophyse coronoïde du cubitus s'est moulée, en quelque sorte, sur la partie postérieure de la gorge de la poulie humérale. La cavité sygmoïde, qui est au-dessous, en grande partie effacée, est remplie par du tissu fibro-graisseux. Il s'est formé en avant sur le cubitus, au-dessus de la poulie humérale, une nouvelle apophyse coronoïde mesurant 17 millimètres dans le sens antéro-postérieur et qui s'oppose à la moindre ascension du cubitus sur l'humérus. Le bord interne de cette apophyse, déjeté en dedans, se prolonge sur la face interne de la trochlée, qu'il contribue à emboîter.

La tête du radius, un peu augmentée de volume, est devenue globuleuse, par suite de la disparition de la cupule supérieure; celle-ci est remplacée par une surface convexe, offrant à son centre une petite dépression où s'insère le petit ligament rond dont il a été questlon.

En aucun point du squelette du coude on ne trouve d'indice d'une fracture. Les surfaces articulaires, dans quelques parties de leur étendue, présentent le même aspect que dans l'arthrite sèche.

M. LE FORT. Cette pièce est un exemple fort intéressant de luxation ancienne, où les surfaces luxées permettent des mouvements étendus. Cela montre combien il est préférable de faire des tentatives pour augmenter les mouvements dans les luxations anciennes, plutôt que de chercher à réduire.

M. PAULET cite un cas de luxation de l'épaule méconnaissable et non réduite au début qui, au bout de six mois, présentait des mouvements assez étendus.

M. GUYON. La conduite indiquée par M. Le Fort a été toujours défendue par Velpeau dans son enseignement.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 22 MAI 1872.

Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux ;* — l'*Union médicale ;* — la *Gazette hebdomadaire ;* — le *Bulletin général de thérapeutique ;* — le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique ;* — le tome XI[e] des *Annales de l'Université de Toscane ;* — une thèse de M. le docteur Paul Hybord sur *les Calculs de la vessie chez la femme et la petite fille ;* — deux exemplaires du même ouvrage, destiné au concours du prix Duval.

M. LARREY présente les ouvrages suivants :

Les conseils de révision et la nouvelle organisation militaire, par le docteur Dionis des Carrières ; — *Fistule stercorale ;* — *Pleurésie et*

thoracentèse, étude clinique par le docteur Lereboullet; — *Des amputations sous-périostées*, par le docteur Poncet; — *Barbotan, eaux et boues minérales*, par le docteur E. Darbès.

Discussion sur l'érysipèle.

M. A. DESPRÉS. La communication de M. Verneuil, le discours de M. Le Fort ont touché à deux points de l'histoire de l'érysipèle sur lesquels je veux appeler davantage l'attention de la Société. Bien que le débat n'ait point pour objectif spécial la nature de l'érysipèle, l'épidémicité de cette maladie et sa propriété contagieuse admises par M. Le Fort, ces trois points ont été touchés à la fois, et c'est sur eux que je désire m'arrêter.

Et d'abord la nature de l'érysipèle. De tout ce qui est écrit récemment, de ce qui a été dit ici par MM. Chassaignac, Verneuil et Le Fort, il ressort que les médecins ne savent pas quelle est la nature de l'érysipèle et que les chirurgiens ne sont pas d'accord sur ce point, c'est-à-dire qu'ils ne le savent pas davantage.

M. GIRALDÈS. Nous le savons.

M. DESPRÉS. Presque pas, on peut le dire. Le malheur à cet égard vient d'une division toute factice qui existe dans les livres modernes. Le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* renferme un excellent article de M. Gosselin, sous le titre d'*Érysipèle chirurgical*, qui est suivi d'un article de M. Raynaud, intitulé : *Érysipèle médical*. Chirurgien et médecin décrivent séparément la même maladie, et il est impossible de saisir une distinction entre les deux maladies décrites. En effet, messieurs, je ne vois et vous n'y pouvez voir d'autre distinction que celle-ci : les érysipèles chirurgicaux sont ceux qui sont observés dans les services de chirurgie; les érysipèles médicaux sont ceux qui sont observés dans les services de médecine, et principalement les érysipèles de la face.

Tout le monde s'accorde, en effet, depuis Trousseau et Piorry, pour reconnaître que la très-grande majorité des érysipèles de la face viennent à l'occasion et autour d'une écorchure méconnue et non soignée aux orifices de la face. Que dis-je, J. Franck, avant eux, avait écrit, à propos de l'érysipèle : « Ici, c'est la chirurgie qui enseigne la médecine, » et il reconnaissait que l'inflammation des plaies était la cause principale des érysipèles.

J. Franck est oublié; les tendances empiriques, le besoin de

mysticisme plus familier au médecin qu'au chirurgien, a conduit nos médecins à admettre que l'érysipèle était quelque chose de particulier, d'indéfini, que c'était une maladie épidémique et contagieuse, édifiant ainsi pour l'érysipèle une sorte d'astrologie médicale, si j'ose me permettre l'expression.

Mais prenons un exemple dans l'article du Dictionnaire auquel je viens de faire allusion. M. Gosselin ne dit pas quelle est la nature et surtout le siége de l'érysipèle. M. Raynaud est encore moins explicite ; il dit : Ce (l'érysipèle) n'est pas une phlegmasie simple de la peau (une cutite), soit d'un des éléments anatomiques qui entre dans sa constitution (lymphangite cutanée). Sans doute, dans l'érysipèle, il y a toujours de la lymphangite, il peut y avoir de la cutite et même de l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané; mais ces lésions sont incapables de rendre compte de l'ensemble des phénomènes observés, et il conclut : tout en un mot indique sa spécificité.

Voilà, messieurs, où en sont, au dix-neuvième siècle, les opinions des livres nouveaux sur l'érysipèle. Ni les travaux étrangers, ni même les travaux français n'ont changé cette manière de voir, qu'ont fortifiée les idées de contagion acceptées par les médecins. Et pourtant l'érysipèle est une maladie que nous observons journellement. Chaque jour, cependant, plus d'un chirurgien cherche à sortir du vague, et chaque jour le même fait les saisit. De douze ans en douze ans, on revient toujours, comme M. Verneuil l'a fait dernièrement, à constater le mélange de l'angioleucite et de l'érysipèle, et le développement de l'érysipèle autour des plaies non soignées ou enflammées après absorption dans les lymphatiques des liquides des plaies.

Le système lymphatique répandu à toute la surface de la peau, se compose de ganglions qui reçoivent des vaisseaux lymphatiques, lesquels naissent de réseaux de capillaires lymphatiques très-fins, situés dans la couche la plus superficielle du derme, dans le corps muqueux. Suivant les uns, ce sont des vaisseaux ; suivant Bruke, ce sont des espaces où circulent les corpuscules de la lymphe. Pour tout le monde médical ou chirurgical, les ganglions et les gros vaisseaux peuvent être le siége d'une inflammation simple non contagieuse. Il n'y a qu'aux petits vaisseaux qu'on refuse le pouvoir de s'enflammer simplement. Je passe sur l'adénite, Mais considérons l'angioleucite des gros troncs. Leur inflammation est accompagnée de rougeur, de chaleur, de fièvre, mais la rougeur des traînées angioleuciques est beaucoup plus large, plus étendue

que le vaisseau malade ; cela tient à ce que le vaisseau enflammé cause une rougeur de la peau voisine, comme le ferait un corps étranger introduit dans les tissus. Dans l'érysipèle, même chose se passe, les capillaires lymphatiques sont malades, enflammés, il y a rougeur, chaleur, fièvre, précédées de phénomènes de début variables, et le phénomène rougeur a la même cause que le phénomène rougeur de l'angioleucite. M. Le Fort se fonde sur cette rougeur et sur la structure des capillaires lymphatiques dépourvus de *vasa vasorum*, pour dire que les capillaires ne s'enflamment pas, que c'est la peau qui s'enflamme ; mais Blandin, qui a fait le premier cette remarque, puisqu'il disait : « L'inflammation commence par les lymphatiques de la peau... la rubéfaction est consécutive seulement, » a conclu dans un sens tout à fait opposé. J'ajoute et j'ai ajouté, pour ma part, que l'on ne doit pas rechercher dans l'inflammation des vaisseaux les phénomènes qu'on trouve dans celle du tissu cellulaire. Que la lymphe altérée dans les vaisseaux, la formation de pus bien constatée dans les phlyctènes de certains érysipèles, dans les parties atteintes d'érysipèle, quoi qu'il n'y ait pas d'abcès, est un signe suffisant d'inflammation; personne, sous ce rapport, ne contestant l'inflammation des tubuli du rein, ne peut contester l'inflammation des capillaires lymphatiques.

Ceci posé, voyons l'analogie, l'identité entre les différentes inflammations des lymphatiques : l'origine est la même; les phénomènes locaux essentiels sont les mêmes, la marche n'est différente qu'en apparence.

Dans l'adénite, les vaisseaux capillaires sont, comme le reste des ganglions, le siége d'une altération. Dans la lymphangite, outre la rougeur des parois des vaisseaux, il y a des coagulations de la lymphe dans les vaisseaux. Dans l'érysipèle, il y a les altérations de la lymphe et des oblitérations de réseaux capillaires; toute la différence, et elle est minime, tient à la structure plus ou moins compliquée des vaisseaux. Mais, messieurs, représentez à votre esprit ce que vous avez tous vu, ce que j'ai vu et ce que chacun verra encore : un malade a une écorchure au pied, elle n'est point soignée, une adénite apparaît; la plaie du pied n'est pas pansée, ou est mal pansée, des traînées angioleuciques apparaissent avec une rougeur vive au départ; il y a angioleucite. Puis la rougeur du pied s'étend, et l'érysipèle qui existait au départ de l'angioleucite s'est étendu à tout le membre et revêt les caractères classiques de l'érysipèle. J'ai déjà dit, dans le travail que j'ai fait sur l'érysipèle, qu'aux membres l'érysipèle avait toujours été une moment un angio-

leucite, au moins au début, et c'est dans ce fait que je trouvais la preuve d'identité de nature entre l'angioleucite et l'érysipèle.

Les faits prouvent on ne peut plus clairement que l'érysipèle est dû à une altération de la lymphe dans les capillaires lymphatiques, altération causée par l'introduction de produits putrides, septiques ou purulents. En effet, la chose est admise sans contestation pour l'adénite et l'angioleucite. Et si l'on montre que dans certains cas l'érysipèle suit l'angioleucite, naturellement c'est la preuve de l'identité des deux inflammations. Que constatons-nous en effet? La lymphe apportée à la peau doit rentrer dans le torrent de la circulation par les capillaires lymphatiques, les troncs lymphatiques et les ganglions. Une plaie enflammée ou septique existe, un peu de pus ou de lymphe viciée est absorbé par les capillaires, le ganglion l'arrête et il se congestionne ou s'enflamme; le tronc lymphatique qui se rend au ganglion ne fonctionne plus, la lymphe prend alors un autre chemin, et comme les troncs lymphatiques ne s'anastomosent pas entre eux comme les veines, c'est un autre tronc qui est le canal vecteur de la lymphe; si celle-ci est malade encore, il y a alors angioleucite; un autre tronc, puis deux sont pris, l'angioleucite occupe les grandes voies de la lymphe, mais il en arrive toujours au voisinage de la plaie, il faut qu'elle rentre dans la circulation générale. Elle prend alors la direction du réseau lymphatique et chemine pour trouver une autre porte afin d'entrer dans le torrent de la circulation. Ce qui correspond visiblement à ce voyage de la lymphe altérée, c'est l'érysipèle. Ici, on le voit, je fais de la quantité de liquide altéré, absorbé par les vaisseaux, la cause du développement de l'adénite, de l'angioleucite et de l'érysipèle. M. Le Fort croit que l'intensité de l'inflammation est la cause variable de ces trois maladies, qu'il distingue entièrement; cette opinion est la conséquence de sa distinction, mais elle n'est point vérifiée par les faits, puisque des plaies à peine enflammées produisent tantôt un érysipèle, tantôt une adénite simple résolutive.

M. Verneuil pense que l'angioleucite et l'érysipèle sont mêlés, et il reconnaît aussi que les érysipèles qu'il appelle précoces sont produits par auto-inoculation, par l'absorption des liquides des plaies dans les lymphatiques.

Après Blandin et moi-même, c'est une confirmation de plus du fait avancé. Mais je me permettrai de faire remarquer à M. Verneuil qu'il faut être conséquent : s'il admet que dans les érysipèles précoces le malade absorbe son propre pus, je ne saisis pas la différence avec les érysipèles qui surviennent les cinquième, sixième et

septième jour après une plaie, c'est-à-dire pendant la période de suppuration; car, à ce moment l'absorption a lieu comme M. Verneuil reconnaît qu'elle a lieu, dans les premiers jours. La lymphe, qui s'est coagulée dans les petits vaisseaux, se dissout; les vaisseaux béants absorbent du pus, parce qu'ils sont perméables comme au moment de la production d'une plaie. J'ai assez insisté sur ce fait dans mon livre sur l'érysipèle. Je rappelais l'action bien constatée des alcalis et de l'hydrogène sulfuré engendrés dans les plaies en suppuration, dans ces plaies fétides que nous voyons si souvent produire l'angioleucite, l'érysipèle et même l'infection purulente.

Voilà donc établi que l'adénite, l'angioleucite des gros troncs ont les caractères communs de l'inflammation et une communauté d'origine prouvée par la succession ou le mélange des trois maladies.

La marche de l'érysipèle ressemble à celle de l'angioleucite. Au début, et surtout aux membres, la plaque d'érysipèle est une rougeur irrégulière, présentant ici ou là une traînée ressemblant à la traînée rouge de l'angioleucite. Ce liséré rouge saillant, qui, permettez-moi de le dire, est trait pour trait, aussi bien pour la forme que pour l'étendue, le liséré que l'on voit sur le pourtour des plaques des réseaux lymphatiques injectés au mercure, manque dans beaucoup de cas et dans certaines régions. Il manque lorsque l'érysipèle se développe sur une partie œdémateuse. Au dos, le liséré manque; la compression passive du dos, sur lequel le malade repose, empêche ce liséré de se produire. La plaque érysipélateuse elle-même reproduit exactement la plaque de lymphatique injectée au mercure, qui se termine dans un tronc lymphatique injecté du même coup que la plaque.

M. Le Fort dit que l'angioleucite est centripète et que l'érysipèle, au contraire, a une marche irrégulière et quelquefois centrifuge de la racine des membres à leur extrémité. Ceci n'est qu'une apparence : l'érysipèle est centripète comme l'angioleucite; seulement il fait de grands détours. Le voyage des plaques érysipélateuses en est précisément la marque. Lorsque les vaisseaux d'une partie sont oblitérés par la coagulation de la lymphe, ce qu'il y a de lymphe dans les réseaux capillaires cherche une autre voie; elle retourne, par exemple, de la racine du membre à son extrémité, d'une épaule au flanc, par exemple, jusqu'à ce qu'elle trouve une voie libre pour regagner des ganglions ouverts à la circulation.

J'abrége; j'aurais bien d'autres considérations à faire valoir pour montrer l'identité de nature entre l'angioleucite et l'érysipèle, c'est-

à-dire pour préciser la nature de l'érysipèle. Je voudrais m'arrêter cependant sur l'absence d'angioleucite au visage et au cuir chevelu. Comment se fait-il, et je l'ai déjà dit ici, que l'on observe une si grande quantité d'érysipèles de la face et que l'on rencontre si peu, c'est-à-dire pas du tout, d'angioleucite du visage? La statistique médicale des hôpitaux pour 1863, la plus complète, celle où il y a le plus de détails, ne renferme pas la mention d'un seul cas d'angioleucite de la face en 1863, tandis qu'il y a un groupe d'angioleucites du cou, un du membre supérieur et un du membre inférieur. L'angioleucite de la face existe pourtant; mais la brièveté des troncs lymphatiques ne permet pas de constater les signes de l'angioleucite, et l'érysipèle ou angioleucite des réseaux très-riches de la face, qui accompagne toujours l'angioleucite des troncs, masque de suite les signes de cette lymphangite.

Messieurs, l'érysipèle, comme l'angioleucite, se développe autour des plaies non soignées, et principalement les petites plaies, celles qui par leur peu d'importance échappent au pansement; c'est au moins le cas le plus général. J'en ai fourni des preuves, et je rappelle seulement un fait : Un malade avait une fracture de la clavicule, avec plaie et communication de l'air dans le foyer de la fracture, et une petite plaie du pouce qui avait échappé au chirurgien. Un érysipèle survint et se développa, non pas autour de la plaie grave, qui était bien pansée, mais autour de la plaie du pouce non pansée. Ce fait est tellement significatif, qu'il n'est pas besoin de commentaires. Mais, messieurs, j'ai été frappé, pendant la guerre, de l'absence d'érysipèle chez les individus blessés par les armes à feu. Sur douze cents blessés, à Beaugency, j'ai eu un cas d'érysipèle, encore c'était pour une plaie faite par un coup de sabre. Plusieurs chirurgiens, auxquels j'ai demandé s'ils avaient vu des érysipèles chez les soldats blessés par balles ou éclats d'obus, ne se rappelaient pas en avoir vu même à Paris. Ainsi, voilà une série de plaies semblables qui ne sont pas compliquées d'érysipèle et d'angioleucite. A quoi cela tient-il? Au pansement, assurément. En effet, le pansement des plaies de guerre est, comme les plaies, uniforme : de la charpie et des linges mouillés, et voilà tout. Pour ce qui est des cas que j'ai observés, le pansement était fait non-seulement par nos mains, mais par les blessés eux-mêmes; ils arrosaient leur pansement à chaque instant, et avec une sollicitude d'autant plus grande que ce mouillage soulageait leurs douleurs. Ce pansement humide était appliqué dans toute sa rigueur, et c'est à lui que l'on doit attribuer l'absence d'inflammation des plaies et d'érysi-

pèle. M. Le Fort, qui croit à l'efficacité du pansement à l'eau-de-vie camphrée pour empêcher les érysipèles, eût trouvé dans le souvenir que j'invoque un argument puissant en sa faveur, si j'avais mis en usage l'eau alcoolisée; mais je n'ai employé que l'eau simple. Aussi je pense que le pansement humide, quel que soit le principe que l'on mélange à l'eau, est en réalité le meilleur mode de pansement pour prévenir les érysipèles, toutes les fois, au moins, que des lésions profondes graves ne sont pas à elles seules une cause presque insurmontable d'inflammation.

L'érysipèle n'est pas épidémique ; il ne l'est pas plus que les inflammations franches : la pneumonie et le phlegmon.

J'invoquerai encore la statistique des hôpitaux. Voici les chiffres. D'une part, à Saint-Louis, je trouve, pour les services de médecine :

En 1861	49	érysipèles
En 1862	58	—
En 1863	38	—

Il s'agit des entrées.

Pour les services de chirurgie, des hôpitaux réunis, il s'agit encore des entrées :

En 1861	99	érysipèles.
En 1862	112	—
En 1863	107	—

Ces chiffres ne comprennent pas les érysipèles développés dans les salles : ce sont les entrées ; et ces chiffres correspondent à ce qu'on appellerait l'épidémie dans la ville. Rien ici ne précise une épidémie. A l'hôpital Saint-Louis, comme dans les autres services de chirurgie, les légères oscillations sont les mêmes. Mais, messieurs, il y a quelque chose de bien plus significatif : les lymphangites notées dans la statistique hospitalière suivent les mêmes légères variations :

En 1861, 62 lymphangites ou angioleucites.

En 1862, 68 ; augmentation comme pour les érysipèles.

En 1863, 56 ; nouvelle diminution.

Il s'agit toujours des entrées.

J'ai publié, en 1863, la statistique des érysipèles observés dans le service de Velpeau ; c'était le complément de mon travail de l'année précédente. En 1862, il n'y a eu que 50 érysipèles au lieu de 66 ; mais ici les entrées et les cas développés dans la salle sont comptés. Ah ! dira-t-on, 16 cas de moins, voilà l'épidémie ; elle a existé

en 1861 ! Non, messieurs, Velpeau a eu moins d'érysipèles en 1862 qu'en 1861, parce qu'il a reçu 100 malades de moins et qu'il a fait moins d'opérations. Une de ses salles est restée trois mois en réparation.

Ici je répondrai à M. Le Fort. Notre collègue a fait remarquer le nombre et la gravité des érysipèles dont j'ai recueilli les observations, et en a tiré la conclusion qu'il y avait eu au moins une épidémie de mauvais pansements. Non, il n'y a pas eu une épidémie de mauvais pansements; il y a eu quelque chose que j'ai donné à entendre au lieu de préciser; je ne voulais pas critiquer la pratique de Velpeau. Aujourd'hui la mémoire de Velpeau est assez honorée pour qu'on puisse, sans la diminuer, signaler quelques imperfections. Velpeau, pour les besoins de sa clinique et de l'enseignement, opérait les malades à jour fixe, sans les préparer. Une malade même a été amputée du sein trois jours après son entrée à l'hôpital. Ajoutez à cela que Velpeau était prodigue de coups de bistouri sur les rougeurs phlegmoneuses. Une observation de mon travail montre un érysipèle partant d'un coup de bistouri, peut-être prématuré.

Une de nos malades, opérée d'une nécrose de la mâchoire au neuvième jour d'une poussée inflammatoire, a eu un érysipèle le lendemain de l'opération; c'était bien là l'érysipèle précoce dont vous a parlé M. Verneuil. Que M. Le Fort fasse appel à ses souvenirs; lorsqu'il a cherché les preuves de la gravité des suites des opérations pratiquées pendant la période inflammatoire des plaies, n'a-t-il pas vu de nombreux exemples d'érysipèles ? Je dirai enfin que l'année 1861, où j'ai recueilli mes observations, renfermant 35 cas de mort, la Charité a été exceptionnellement chargée de grands blessés; on démolissait alors le pavillon des Tuileries.

M. Gosselin, qui a noté pendant sept années les cas d'érysipèle qu'il a observés, a vu que les érysipèles apparaissaient de mois en mois dans des proportions presque semblables à celles qui se trouvent dans ma statistique de l'année 1861. Tous les ans, il a eu un nombre à peu près égal d'érysipèles.

Vous voyez, messieurs, où en est l'épidémicité après ces quelques remarques. Examinons la contagion.

L'origine est anglaise. Wells a cité le fait d'une famille où plusieurs personnes ont été malades d'un mal de gorge, de rougeurs au visage, après avoir soigné un homme atteint d'érysipèle. Les médecins français ont repris l'idée, et on a réuni quelques faits qui se résument à peu près ainsi : un malade, qui a été en contact d'un

autre qui avait un érysipèle, a eu un érysipèle. Avec une pareille facilité, on prouverait que tout est contagieux. Mais je veux prendre les faits les plus affirmatifs, les faits soumis par M. Blin (de Saint-Quentin) à l'Académie de médecine, et sur lesquels M. Gosselin a fait un rapport en 1865. Ce fait est, à mon sens, le plus contraire à la théorie de la contagion, parce qu'il prouve trop. Un monsieur vient à Paris, il soigne un de ses amis qui a un érysipèle ; il prend le chemin de fer et s'en retourne chez lui ; là il est pris d'un érysipèle, qu'il transmettrait à d'autres personnes, et on pourrait suivre la contagion. Si cela était une interprétation exacte, il n'y aurait aucune maladie plus contagieuse. L'érysipèle serait plus contagieux que la variole, la syphilis et la gale ; et nous devrions chaque jour pouvoir remonter à la source de la contagion des nombreux érysipèles que nous voyons. Il n'en est rien ; depuis douze ans, époque à laquelle j'ai écrit mon travail sur l'érysipèle, j'ai cherché et je n'ai rien vu de semblable.

J'ai eu pendant ces dernières variations de température, aux mois d'avril, de mars et de février, 10 érysipèles à l'hôpital Cochin. J'ai 110 lits divisés en 7 salles, dont deux sont séparées seulement par une porte de deux autres, et 3 baraques isolées, que j'appellerai A, B, C, réservant D, E pour les salles contiguës d'hommes, et F, G pour les salles contiguës de femmes.

Le 18 février, un érysipèle dans la baraque C.

Le 28 février, un érysipèle dans la baraque B.

Le 15 mars, un érysipèle dans la baraque A.

Le 28 mars, un érysipèle, angioleucite d'abord, érysipèle léger ensuite, dans la salle D.

Le 6 avril, 1 érysipèle dans la salle D, suite d'un coryza ; le malade était huit lits plus loin que le premier, et était juste en face de la porte, et recevait tous les courants d'air.

Le 19 avril, 1 érysipèle dans la baraque B, suite de plaie de tête.

Le 1er et le 11 avril, 2 érysipèles successifs sur un sein affecté d'abcès multiples, salle F.

Le 15 avril, érysipèle autour d'une eschare du coude, chez une malade toujours couchée, salle G.

Le 17 et le 29 avril, 2 érysipèles successifs sur un sein affecté d'abcès multiples, malade identique à la précédente, salle F.

Enfin, le 9 mai, chez un leucocythémique, j'ai ouvert un abcès ganglionnaire. Un érysipèle est survenu, le 9 mai, dans la salle D, où il n'y avait plus d'érysipèles depuis vingt jours.

En ce moment même, un autre érysipèle apparaît dans la baraque C.

Si l'érysipèle était aussi contagieux qu'on le dit, j'aurais voulu voir une des salles épargnées ; mais non. Les baraques mêmes, où d'ailleurs j'ai eu autant de complications des plaies que dans la vieille salle, n'ont pas été exemptes d'érysipèles, et c'est ce qui m'a fait encombrer un peu de grands blessés la vieille salle, car là au moins les malades n'avaient pas froid.

Je crois si peu à la contagion, messieurs, que je me suis fait un jeu, pardonnez-moi le mot, de faire des opérations pendant qu'il y avait des érysipèles dans les salles. Ainsi, à Cochin, pendant qu'il y avait des érysipèles, j'ai opéré un adénome du sein, un lipome de l'épaule et une bourse séreuse hypertrophiée; aucune de ces malades, dont deux sont sorties guéries, qui étaient dans la salle F, n'ont eu d'érysipèle.

Lorsque je remplaçais Foucher à l'hôpital Saint-Antoine, j'avais trois opérations à faire : enlever un cancroïde au dos de la main, un lipome du dos, et pratiquer une opération de taille. J'ai attendu qu'il entrât un érysipèle, il en est venu deux ; j'ai fait les trois opérations, et aucun des malades, pendant le mois où je suis encore resté à Saint-Antoine, n'a eu d'érysipèle. Un cependant en a eu un quatre jours après mon départ ; c'était le taillé. Foucher avait repris le service, et, voyant le malade bien, il ne faisait pas le pansement, tandis que, jusqu'au dernier jour, j'avais pansé ce malade moi-même.

Voilà, messieurs, pourquoi je suis convaincu que l'érysipèle est une inflammation dans le système lymphatique capillaire, et pourquoi, à défaut de la conclusion logique qu'on devrait tirer de cette définition contre l'épidémicité et la contagiosité de l'érysipèle, j'ai invoqué des preuves contre une croyance des modernes, qui est acceptée trop facilement. Comme conclusion pratique, il me paraît que faire rigoureusement un pansement humide sur les plaies, ne pas opérer dans les tissus sains pendant la période inflammatoires des plaies et opérer au jour des malades et non au jour des chirurgiens, tel est le véritable secret pour prévenir un grand nombre des érysipèles dits épidémiques ou contagieux.

M. MARJOLIN. M. Després a parlé en passant de l'érysipèle des enfants ; je voudrais savoir son opinion.

M. DESPRÉS. Pressé par le temps, j'ai laissé de côté l'érysipèle des enfants, dont je devais tirer une indication du siége de l'érysipèle. Cette inflammation chez les enfants occupe, relativement à la

petite dimension du corps, une très-grande surface, et comme l'on sait que les réseaux lymphatiques chez les enfants sont plus libres, plus perméables que chez l'adulte, puisque M. Sappey conseille d'employer de préférence les enfants pour les préparations anatomiques des réseaux, on comprend pourquoi l'érysipèle s'étend si rapidement et si facilement, et réciproquement on en infère que le mal chemine dans les réseaux lymphatiques.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 29 MAI 1872.

Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*; — l'*Union médicale;* — la *Gazette hebdomadaire* ; — le *Journal de médecine de l'Ouest* ; — le *Lyon médical* ; — la *Revue médicale de Toulouse ;* — le *Bordeaux médical ;* — l'*Art dentaire.* — *Des lunettes après l'opération de la cataracte,* par le docteur Borel (de Rouen).

M. le docteur Holst, secrétaire de l'université royale de Christiana, adresse à la Société les travaux suivants : *Description anatomique des bourses muqueuses des membres supérieurs et inférieurs.* — *De l'inversion de la vessie et des luxations congénitales.* — *Contributions à l'anatomie normale et pathologique des ganglions lymphatiques.*

M. GIRAUD-TEULON présente, de la part de M. le docteur Pigeon (de la Nièvre), une *Note destinée à proposer une explication du méca-*

nisme de la mort sous le chloroforme dans le cas communiqué par M. Trélat.

M. FORGET offre à la Société un exemplaire de l'enquête faite par la Société de médecine de Paris sur : la *Conduite des médecins allemands pendant la guerre de 1870-71.*

M. LARREY présente : la *Chirurgie élémentaire*, de M. Fano.

De la part de M. le docteur Larghi, membre correspondant à Verceil, la traduction française de son *Traité des amputations sous-périostées*, publié à Turin en 1849.

A propos de cet envoi, M. Larghi rappelle qu'il a pratiqué, en 1843, des opérations sous-périostées à l'hôpital de Verceil et qu'il les a publiées, en 1847, dans la *Gazette médicale de Paris.*

M. VERNEUIL présente la thèse de M. Théodore Keller, intitulée : *Des grossesses extra-utérines et plus spécialement de leur traitement par la gastrotomie.*

COMMUNICATION

Observation de hernie étranglée suivie d'avortement. — M. GUYON donne lecture d'une observation de M. Thomas (de Tours), membre correspondant. Cette observation est intitulée : *Opération de hernie étranglée suivie d'avortement.*

La discussion qui a eu lieu récemment au sein de la Société de chirurgie sur l'opportunité et les dangers des opérations chez les femmes enceintes ou nouvellement accouchées, a surtout montré combien était grande la divergence d'opinion des chirurgiens sur cette question. Faute de faits assez nombreux, cette discussion ne pouvait aboutir, en effet, à des conclusions nettes et précises. Aussi, tandis que nous voyons M. Valette (de Lyon) déclarer qu'on peut sans danger opérer une femme enceinte, un élève du professeur Verneuil, M. Petit, émet dans sa thèse des opinions entièrement opposées. Enfin, parmi ceux qui admettent que les opérations pratiquées chez les femmes enceintes peuvent provoquer l'avortement, M. le professeur Verneuil et M. Poncet (de Lyon) sont disposés à croire que l'avortement n'est pas le fait du traumatisme, mais d'une complication inflammatoire : érysipèle, angioleucite, etc. Les faits seuls peuvent faire disparaître cette incertitude, qui impose aux chirurgiens l'obligation de faire connaître les observations de nature à éclairer cette question. Tel est le motif qui m'engage à porter à la connaissance de la Société de chirurgie le fait suivant, que j'ai eu dernièrement occasion d'observer.

Le 3 mai dernier, je fus mandé par M. Vincent, médecin à Azay-sur-Cher (Indre-et-Loire), pour voir une de ses clientes atteinte d'étranglement herniaire. Cette femme, âgée de 28 ans, d'une bonne constitution, mariée et mère d'un enfant de 8 ans, portait, depuis plusieurs années, une hernie crurale droite, qui n'avait jamais été maintenue par un bandage, et se réduisait complétement. La veille au matin, à la suite d'un effort, la hernie s'échappa brusquement, et toutes les tentatives de la malade pour la réduire furent infructueuses. Dans la journée, la tumeur devint douloureuse et des vomissements apparurent. Le médecin fit, dans la soirée, à diverses reprises et sans succès, des tentatives de taxis. Pendant la nuit les accidents persistèrent, et le lendemain matin, après de nouvelles et inutiles tentatives de réduction, je fus mandé pour pratiquer l'opération.

Je vis cette femme le soir à cinq heures, trente-six heures à peine après le début des accidents; la tumeur herniaire était petite, dure, marronnée, et tous mes efforts pour en obtenir la réduction furent inutiles. Des vomissements bilieux se produisirent plusieurs fois en ma présence. Le ventre était peu douloureux, le pouls bon, les traits non altérés.

Bien convaincu que des tentatives de taxis pratiquées le lendemain ne seraient pas couronnées de plus de succès, je résolus de ne pas différer l'opération, et je la pratiquai séance tenante. Elle fut très-simple.

La hernie était formée par une anse intestinale et une très-petite quantité d'épiploon, sans la moindre trace d'altération. Je réunis en partie la plaie, qui présentait à peine 4 centimètres d'étendue, et je quittai cette malade croyant à la réussite d'une opération pratiquée dans des conditions aussi favorables.

Le 8 mai, cinq jours après l'opération, on vint me prier de revenir voir cette femme, qui éprouvait, me disait-on, de très-vives douleurs dans l'abdomen. Lorsque, dans l'après-mi, j'arrivai près de cette malade, elle était calme, les souffrances avait disparu, elle venait de faire une fausse couche de deux mois et demi. J'ignorais cette grossesse au moment de l'opération, et je n'avais pas songé, je l'avoue, à interroger cette femme sur ce point. Depuis la naissance de sa fille, âgée de huit ans, elle n'avait pas été enceinte.

La plaie de l'opération était complétement cicatrisée dans son tiers supérieur; les bords en étaient légèrement rouges et tuméfiés, sans trace d'érysipèle. J'appris alors qu'après l'opération, les vomissements avaient continué, à de rares intervalles, pendant la

nuit, puis avaient disparu. Le lendemain, plusieurs évacuations avaient eu lieu après l'administration d'un purgatif. Les jours suivants, la malade ne souffrait pas, était gaie, demandait à manger, lorsque, dans la soirée du quatrième jour, survinrent quelques vomissements et les violentes douleurs abdominales qui ne cessèrent que lorsque l'avortement fut accompli. Cependant le ventre était resté douloureux à la pression, même légère, dans toute son étendue.

Trois jours après, on m'annonçait la mort de cette femme. Quelques heures après ma visite, les vomissements avaient reparu, la douleur abdominale était devenue plus vive, et les accidents avaient persisté jusqu'à la mort. Je n'ai pas revu la malade pendant les deux derniers jours de son existence, mais je crois pouvoir affirmer, c'est du reste l'opinion du médecin qui lui a donné ses soins, qu'elle a succombé à une péritonite.

En résumé, dans cette observation, nous voyons une femme jeune, opérée d'une hernie crurale étranglée 36 heures après le début de l'étranglement, c'est-à-dire, dans les meilleures conditions de succès, faire, au quatrième jour après l'opération, une fausse couche et mourir, deux jours après, de péritonite. Cette terminaison funeste, à la suite d'une opération dont la guérison est la règle lorsqu'elle est pratiquée de bonne heure et à la campagne, doit donc être attribuée à l'état de grossesse de l'opérée. Après l'opération, les vomissements ont disparu, le cours des matières s'est rétabli, l'état général était bon, tout faisait prévoir une prompte guérison, lorsque brusquement est survenu l'avortement. Quelle en a été la cause? Est-ce l'opération elle-même ou une complication inflammatoire quelconque, la péritonite par exemple? Si l'on peut admettre que le choc traumatique aurait dû produire son effet avant le quatrième jour, et que, par conséquent, il n'est pas démontré que l'avortement ait été provoqué par cette cause, on ne peut pas établir non plus que la péritonite a précédé l'avortement; il est, au contraire, probable qu'elle l'a suivi. N'ayant pu voir la malade que deux fois, à cause de son éloignement de Tours, le jour de l'opération et le jour de l'avortement, je ne saurais me prononcer d'une façon précise sur la succession des accidents. Quelque incomplète que soit cette observation, j'ai cru néanmoins devoir la faire connaître, car si elle n'explique pas, du moins prouve-t-elle la gravité exceptionnelle qu'emprunte l'opération de la hernie étranglée à l'état de grossesse de l'opérée. Plus que toute autre, cette opération doit, en effet, par son siége, provoquer l'avortement, que le

chirurgien s'appliquera à prévenir, à mon avis, en opérant de bonne heure, en renonçant à l'administration des purgatifs et en recourant après l'opération à l'usage des préparations opiacées.

Injections de chloral dans les veines contre le tétanos.— M. LABBÉ donne communication d'un travail de M. Oré (de Bordeaux), membre correspondant, sur ce sujet. (*Voir plus loin.*)

M. Oré a institué une série d'expériences d'injection dans les veines de doses variées de strychnine, et ensuite de chloral. Les animaux, dans ces conditions, ont succombé plus ou moins vite.

Dans d'autres expériences, M. Oré a injecté dans les veines à la fois de la strychnine et du chloral. Le chloral a empêché le tétanos de se produire dans des cas où il avait été injecté une quantité de strychnine capable de produire le tétanos strychnique.

M. FORGET. Dans le mémoire de M. Oré, il y a deux catégories d'expériences qui, dans la pensée de l'auteur, mettent en évidence l'efficacité curative du chloral contre le tétanos artificiellement produit par la strychnine.

Dans les expériences de la première catégorie, la strychnine est administrée par l'estomac, comme le chloral lui-même, donnée plus tard à des doses variées dans le but de combattre les symptômes tétaniques lorsqu'ils se sont manifestés. Or, dans cette série d'expériences, que voit-on? l'insuccès définitif du chloral, car dans tous les cas, après des alternatives de contracture et de résolution musculaires qui se succèdent à plusieurs reprises, l'animal en expérience a toujours fini par succomber : l'action de la strychnine a été amoindrie, ses effets ont été momentanément atténués par des doses élevées de chloral; mais en dernière analyse, le tétanos artificiel a persisté et a tué les sujets en expérience.

Ce premier ordre de faits est donc en contradiction avec la conclusion du mémoire, qui affirme l'efficacité curative du chloral dans le traitement des accidents tétaniques. C'est à une induction contraire que ces faits conduiraient par une interprétation logique.

Que disent les expériences du second ordre? Ici, un détail important vous a sans doute frappé comme moi, c'est l'administration simultanée de la strychnine et du chloral en solution injectés dans les veines de l'animal.

Or il résulte de ce mélange des deux substances, qui a pour effet d'affaiblir et d'annihiler en partie la propriété toxique de la strychnine, que celle-ci devient impropre à produire sur l'organisme les effets physiologiques auxquels le chloral doit rémédier.

Ces expériences ne prouvent donc pas que le chloral ait guéri un tétanos strychnique qui n'a pas existé. — Elles ne prouvent qu'une chose qui était facile à prévoir, c'est qu'affaiblie, altérée, modifiée par son mélange avec le chloral, la strychnine ainsi devenue impure, perd sa propriété tétanogène.

A coup sûr, ce n'est pas ce que l'auteur a voulu démontrer : guérir un tétanos bien établi, persistant depuis plusieurs heures avec une intensité marquée, au moyen de l'administration du chloral, tel a été son but, celui qu'il propose à la thérapeutique chirurgicale. Or, c'est ce but que n'atteignent pas les expériences dont on nous a donné lecture.

M. VERNEUIL. Je suis le parrain du chloral dans le tétanos. Je ferai ici quelques brèves remarques. L'antagonisme du chloral et de la strychnine n'est pas nouveau; O. Liebreich l'avait bien indiqué. Il y a une grosse objection à adresser aux injections de chloral dans les veines, c'est qu'elles ne sont pas faciles à pratiquer. Mais il y a une autre considération : le chloral doit être administré quelquefois à des doses considérables et surtout répétées, tantôt parce que le médicament est mal préparé, tantôt parce qu'il n'y a pas d'absorption. Dans les cas de tétanos qui guérissent par le chloral, on produit d'abord une rémission, puis le malade se réveille; il faut donner alors une nouvelle dose de chloral, et y revenir cinq ou six fois par jour. Le tétanos qui guérit durant en moyenne vingt-cinq jours, il faut recommencer pendant tout ce temps pour maintenir le malade dans la narcose. Serait-il pratique de faire cinq à six injections dans les veines pendant vingt-cinq jours?

Loin de moi la pensée de critiquer la pathologie expérimentale; mais je crois que la détermination des effets des injections hypodermiques du chloral serait plus pratique que celle des injections intra-veineuses.

Discussion sur l'érysipèle.

M. TRÉLAT. Déjà, à propos de faits rapportés par M. Verneuil sur les prodromes de l'érysipèle, j'avais été frappé de la différence entre certains érysipèles. Les deux communications de M. Verneuil nous ont fourni des exemples opposés d'érysipèles survenant très-vite et sans prodromes très-graves et d'érysipèles précédés d'élévation énorme de température et de fièvre; et à ces occasions j'avais exprimé une opinion sur laquelle je ne reviendrai point; je dirai seulement encore qu'il y a des érysipèles sans prodromes.

M. Le Fort et M. Després ont discuté un autre point : l'érysipèle est-il l'angioleucite des réseaux? M. Després l'affirme; M. Le Fort repousse cette interprétation. Pour moi, dans l'érysipèle, que je considère comme une maladie infectieuse, l'angioleucite des réseaux joue le rôle d'un facteur. Il y a certainement un malentendu; car l'angioleucite des réseaux, au point de vue anatomique, a un rôle évident dans l'érysipèle. M. Le Fort repousse l'interprétation de l'inflammation des réseaux, parce qu'il n'y a point de *vasa vasorum* dans les capillaires lymphatiques et parce que la rougeur de la lymphe en circulation dans les lymphatiques n'est pas capable de produire la rougeur de l'érysipèle. Mais de ce que ces deux faits sont réels, il ne s'ensuit pas que les vaisseaux lymphatiques et l'état pathologique de la lymphe qui circule dans ces vaisseaux ne peuvent pas déterminer des lésions des tissus voisins.

Je voudrais aussi faire remarquer que M. Le Fort fait une angioeucite diffuse de ce que nous appelons l'érysipèle phlegmoneux. Les réseaux lymphatiques et les troncs lymphatiques qui suppurent ne sont pas sous la peau; les réseaux occupent la partie la plus superficielle du derme, et ce n'est pas là qu'est le pus dans la maladie que semble désigner M. Le Fort. Je crois donc que l'angioleucite phlegmoneuse n'est pas une interprétation rigoureuse des faits.

M. Le Fort insiste aussi sur le caractère des phénomènes précurseurs de l'érysipèle et leur comparaison avec ceux des fièvres éruptives. M. Le Fort se rattache, il me semble, à la théorie de la fièvre éruptive érysipélateuse, qui aujourd'hui est tout à fait inacceptable. D'une autre part, je répondrai à M. Després que l'angioleucite du visage existe. Pendant la guerre, j'avais pu montrer sur moi-même une angioleucite du visage. J'avais sur le nez une rougeur, une engelure qui était une angioleucite de la face. Mais à la main, aussi, il n'y a pas d'angioleucite. M. Després aurait pu faire la même remarque pour cette région. C'est que là il y a un réseau lymphatique très-riche et des vaisseaux sanguins nombreux, et qu'il y a très-rapidement inflammation violente, ainsi que cela se voit pour certains panaris superficiels, où les caractères de l'angioleucite sont très-rapidement masqués. Il y a très-rapidement propagation de l'inflammation de l'angioleucite au voisinage.

Si l'érysipèle se produisait sur les points où il serait démontré qu'il n'y a pas de lymphatiques, la question serait vite jugée, puisque l'érysipèle chemine sur tous les points du corps, et que dans beaucoup de cas nous voyons l'érysipèle suivre la direction

des vaisseaux lymphatiques connus. Mais, à supposer même qu'il soit démontré que l'érysipèle existe sur tous les points du corps sans exception, il pourrait être moins marqué dans certains points que dans d'autres; car il y a des réseaux lymphatiques riches et il y en a de pauvres, ainsi que M. Le Fort et moi l'avons consigné dans l'article du *Dictionnaire encyclopédique*.

M. Després et M. Le Fort reconnaissent les mêmes fonctions aux vaisseaux capillaires lymphatiques : l'absorption des liquides des plaies; mais voilà pourquoi, je le dirai à M. Després, les plaies superficielles sont plus souvent que les plaies profondes suivies d'érysipèles : l'érysipèle a lieu parce que la plaie existe dans la partie la plus riche en lymphatiques et qu'elle est en contact avec les réseaux. Il n'est pas besoin de faire intervenir le défaut de tout pansement.

Je crois que l'érysipèle est une infection causée par l'introduction de matière septique dans les lymphatiques. Il entre quelque chose dans ces vaisseaux, et l'inflammation se produit. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il y a une plaie qui sert de porte d'entrée à l'érysipèle, et quand on ne la trouve pas, c'est que l'on n'a pas bien cherché. Aujourd'hui, tous les érysipèles de cause interne sont mieux appréciés et peuvent être rattachés à une cause certaine, une lésion du tégument ou des muqueuses. Les matières putrides, absorbées par les réseaux dermiques ou sous-muqueux, engendrent les érysipèles graves; mais je me hâte de dire que, en général, je ne considère pas que l'érysipèle ait la gravité qui a été admise par certains auteurs.

Je n'ai rien à dire de la contagion et de l'épidémicité de l'érysipèle, si ce n'est que je suis plus près de M. Le Fort que de M. Després. L'érysipèle n'est pas contagieux comme la variole, mais il l'est comme l'infection purulente. Il y a des érysipèles en hiver et au printemps, parce que nos salles offrent une insalubrité due à ce que l'on ne peut aérer les salles. En automne, même chose; les influences saisonnières sont ici palpables! J'admets donc une certaine constitution épidémique.

La mortalité signalée par M. Le Fort, dans le livre de M. Després, est réellement exceptionnelle. J'ai eu des érysipèles, mais je n'ai jamais eu une mortalité pareille. Nous ne connaissons pas cela.

Je suis tout à fait d'avis que le pansement humide est un bon moyen de prévenir l'inflammation des plaies. Je ne suis point ennemi de l'alcool camphré; mais j'emploie le mélange d'eau d'alcool et d'acide phénique. Je m'en suis bien trouvé; mais j'ai eu, à

l'hôpital de la Charité, dans mon service, qui est mauvais, parce que l'aération y est difficile, trois érysipèles chez les hommes. Un malade atteint de fistule salivaire a gagné au froid, dans les cours, un érysipèle grave de la face...

M. FORGET. Où est la matière putride absorbée ?

M. TRÉLAT. Je suis tout prêt à faire une réserve sur ce point, et je pense comme M. Forget, au fond. Un autre malade, un vieillard, a eu un érysipèle autour d'une petite plaie. Un amputé scrofuleux a eu un érysipèle ambulant autour de plaies en voie de cicatrisation. Chez les femmes, j'ai eu un érysipèle sur une malade atteinte de phlegmon des ligaments larges et un autre très-bénin de la face. Ce que j'ai vu là est à peu près ce qu'a vu M. Le Fort à l'hôpital Cochin.

M. LE FORT. Je n'ai pas eu d'érysipèle dans la salle des hommes; j'en ai eu dans la salle des femmes.

J'attache au camphre une vertu contre les germes contagieux, mais je me rattache à l'idée de la puissance antiphlogistique du pansement humide. Pour moi, l'érysipèle existe dans des endroits où les réseaux ne sont pas assez serrés pour que l'on dise que les vaisseaux lymphatiques sont le siége du mal. Il n'y a pas d'inflammation des vaisseaux capillaires lymphatiques. Dans l'angioleucite, les vaisseaux absorbent un liquide septique qui amène l'inflammation. Mais l'érysipèle est très-distinct; il a des phénomènes précurseurs et il ne suit pas le sens de la circulation. Ces deux propriétés sont pour moi des caractères tranchés. En somme, je crois que l'érysipèle est une maladie septique.

Pour ce qui est de l'angioleucite diffuse, caractérisée par des plaques rouges, puis de l'œdème et un décollement de la peau comme un phlegmon tout à fait superficiel, je pense qu'elle est causée par les vaisseaux lymphatiques enflammés.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. PROST soumet à la Société une modification qu'il a apportée au serre-nœud écraseur à fil de fer de M. Maisonneuve. La modification consiste à remplacer le fil de fer par une anse de fil d'acier articulé à charnière dans la partie destinée à embrasser les tumeurs et susceptible de se courber et de conserver sa courbure, de manière à circonscrire leur base tout en entrant dans la gaîne du serre-nœud. Ce fil d'acier est entouré d'un tissu de fil très-fort,

de sorte que si la charnière venait à se briser, la section pourrait être terminée par l'enveloppe du fil d'acier.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : Armand Després.

SÉANCE DU 5 JUIN 1872.

Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux* ; — l'*Union médicale* ; — la *Gazette hebdomadaire*; — les *Archives générales de médecine et de chirurgie* ; — le *Bordeaux médical*; — la *Gazette médicale de l'Algérie*; — le *Bulletin général de thérapeutique*; — le *Marseille médical*; — le *Montpellier médical*; — le *Bulletin médical du nord de la France*; — le *Bulletin de la Société de médecine de Paris*.

M. BROCHIN, rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux*, adresse à la Société, de la part du docteur Cabasse, un travail intitulé : *Mort subite pendant le cours d'une amputation de jambe après l'anesthésie au moyen du chloroforme.* — *Nos ambulances durant la dernière campagne.* (Renvoyé à une commission composée de MM. Chassaignac, Giraldès et Le Fort, rapporteur.)

M. PAULET communique une observation de M. le docteur Jasseron, intitulée : *Résection sous-périostée du coude.* (Renvoyé à une commission composée de MM. Cruveilhier, Sée et Paulet, rapporteur.)

RAPPORT

Traitement de la tumeur lacrymale. — M. GIRAUD-TEULON lit un rapport sur le travail suivant, au nom d'une commission composée de MM. Forget, Perrin et Giraud-Teulon :

De la cure radicale de certaines formes de tumeurs lacrymales au moyen de l'excision partielle du sac, du cathétérisme méthodique et des injections au sulfite de soude. — M. MONOYER, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, médecin des hôpitaux de cette ville. (Ce travail sera inséré dans les *Mémoires de la Société.*)

« Malgré la multiplicité des moyens préconisés pour la cure de la tumeur lacrymale, malgré les progrès incontestables réalisés par l'introduction, en 1857, de la méthode de M. Bowmann dans la thérapeutique chirurgicale de cette maladie, la tumeur lacrymale n'en continue pas moins à faire le désespoir des praticiens par la longueur et, dans bien des cas, par l'inefficacité du traitement.

« Ceux-là seuls qui ont suivi leurs malades pendant un temps suffisamment long peuvent dire combien on compte de guérisons définitives, et surtout de guérisons avec rétablissement des voies naturelles !

« Ces succès sont d'ailleurs d'autant plus rares que l'on est en présence de cas plus anciens et plus compliqués. »

C'est par ce jugement extrêmement juste que débute M. Monoyer, et tout praticien un peu expérimenté ne peut que joindre ses regrets à ceux exprimés par notre distingué confrère.

Mais cette sévérité s'atténuera, nous n'en doutons pas, au fur et à mesure des progrès de détail qui suivent chaque jour l'emploi de la méthode et permettent d'en mieux préciser les indications et les contraires. Le travail même dont nous allons vous rendre compte, et qui s'attaque à l'une des complications les plus rebelles de cette affection complexe, justifiera lui-même, par ses résultats, l'espérance pronostique que nous venons de formuler.

Cette complication rebelle entre toutes consiste dans le *relâchement du sac avec ou sans hypertrophie de ses parois*, et cette variété, obstinée dans ses résistances, est l'objet même du mémoire de notre confrère de Strasbourg, après avoir été celui de ses études thérapeutiques.

Jusqu'à ce jour, dit l'auteur, la dilatation ou le relâchement du réservoir des larmes n'a été combattu que par la compression, et, ajouterons-nous, par toutes les espèces possibles d'injections, mais sans résultats constants, ni même généralement satisfaisants, cela est incontestable. On le comprend d'ailleurs facilement pour les cas où la paroi du sac a subi l'altération hypertrophique. Nous ne parlerons pas du procédé de la destruction même du sac ou plutôt de ses parois par la cautérisation profonde. Cette méthode, que nous n'avons pas à apprécier en ce moment, comporte, dans l'esprit même de ses partisans, l'anéantissement des voies naturelles de l'excrétion lacrymale.

Or, l'état actuel de la science, ou plutôt de l'art dans ce département chirurgical, permettant aujourd'hui de refouler dans les exceptions les méthodes fondées sur les retranchements physiologiques, nous ne nous arrêterons pas, pour le moment, à cette méthode ultra-radicale !

Quoi qu'il en soit, aux cas rebelles que nous avons définis plus haut, M. Monoyer propose l'extirpation d'une portion du sac, la partie des parois qui a subi l'hypertrophie. M. Monoyer présente, à l'appui de sa pensée, deux observations : l'une relatée tout au long dans son mémoire; une seconde, qu'il a eu l'obligeance de nous transmettre plus récemment.

Dans la première de ces relations, il s'agit d'une tumeur lacrymale vieille déjà de deux années, traitée pendant un certain temps par le procédé élémentaire d'Anel, ayant donné lieu, dans le cours de ce traitement, à des accidents inflammatoires et ne se vidant plus complétement par la pression.

Les injections pratiquées par les points lacrymaux confirmaient l'accroissement de l'étendue du réservoir; la présence d'une dureté appréciable sous le doigt, dans la paroi, en démontrait l'hypertrophie. Le 8 février 1867, la malade étant anesthésiée, le sac, préalablement distendu par une injection, fut mis à nu sur sa surface antérieure par une incision verticale suivant son grand diamètre.

La paroi antérieure, disséquée, fut alors ouverte suivant la même direction, et les lèvres de cette paroi hypertrophiée enlevées de chaque côté, en fuseau, sur 3 millimètres environ de largeur en leur partie moyenne. Le sac étant vidé, la perméabilité inférieure du canal nasal reconnue au moyen de la sonde, la plaie fut pansée à plat et donna lieu à une ouverture fistuleuse, comme après l'opération fistuleuse de J.-L. Petit. Cette fistule se ferma naturellement

au bout de dix jours. Le sac avait repris son étendue normale; les injections par les canalicules lacrymaux, ouverts par la méthode de Bowmann, ne le dilataient plus; les sondes 4, 5, 6, ainsi que les larmes, passaient aisément dans les fosses nasales.

Une guérison rapide, radicale, et qui s'est en effet soutenue depuis cette époque, a couronné cette intervention de l'art; dix-huit jours ont suffi au rétablissement régulier des voies et des fonctions naturelles. En communiquant ce succès à la Société de chirurgie, l'auteur ne prétend pas établir à son profit une base de priorité. Parcourant les documents que possède la science, il trouve deux prédécesseurs dans la même voie, Von Ammon et Bowmann.

Le premier rapporte deux observations de *cure de la dilatation du sac lacrymal par l'ablation d'un lambeau de sa paroi antérieure* (1851).

Le second, M. Bowmann, au rapport de son collègue de Morfields, M. Critchett, se serait aussi fort bien trouvé d'enlever par la dissection la paroi antérieure du sac; ce dernier redoute cependant, ajoute-t-il, les longueurs et la difficulté du procédé.

Maintenant, on doit se demander quel est le mécanisme de l'heureux effet produit par cette ablation d'une portion des parois du sac; les auteurs que nous venons de citer ont eu, en la pratiquant, divers objets en vue.

Le premier a été, en diminuant l'étendue du réservoir contractile, d'accroître cette contractilité; le second, de réduire les quantités sécrétées, en réduisant l'étendue des surfaces qui les produisent.

Il est évident que tous ces points de vue sont rationnels. En est-il de même de celui adopté par M. de Hamer, qui voit dans cette réduction du sac une manière de procurer l'adhésion totale des parois et l'oblitération complète de la lumière du canal? Les résultats obtenus par M. Monoyer dans les deux cas relatés par lui; ceux des essais de l'école de Turin, qui démontrent le passage d'une fine injection tout le long du canal après les cautérisations réputées les plus parfaitement obturatrices du canal, ne permettent pas d'accepter la proposition du savant de Prague. Dans tous ces cas, il est constant que le canal a conservé sa perméabilité, que les voies naturelles sont derechef rendues à leur fonction plus ou moins complète. Toute ectasie du sac pourra-t-elle être soumise à cette méthode? C'est une question d'indication que se pose l'auteur du mémoire, et qu'il résout d'ailleurs très-sagement par la négative. A ce procédé, non plus qu'aux autres méthodes dites physiologi-

ques, ne céderont les altérations du canal, suites des caries osseuses de dégénérescences granuleuses. Il est clair que ces cas graves requièrent des traitements plus complexes, après lesquels il serait téméraire d'espérer la reconstitution fonctionnelle dans son intégrité.

Il est un détail secondaire, rapporté avec une certaine insistance par M. Monoyer, et que nous avons laissé jusqu'ici quelque peu dans l'ombre. Les pansements dont le canal a été l'objet pendant le traitement ont consisté en injections d'une solution de sulfite de soude au 200e. L'auteur vante chaleureusement cette solution et semble ne point séparer de son emploi les résultats de sa méthode.

Invité par son généreux témoignage à l'imiter, nous avons immédiatement mis à l'essai cette solution, en l'employant comme injection dans nos catarrhes du sac. Il serait désirable, en effet, d'avoir entre les mains pour cet objet un topique sur lequel on pût compter, car rien n'est difficile comme un choix à faire en cette matière.

La muqueuse du sac et du canal est, à cet égard, une personnalité aussi délicate que capricieuse; le sulfite de soude n'a pas échappé à la loi. Bien accueilli dans quelques cas, il a été moins heureux dans d'autres. Dans aucun il n'a dû s'imposer par la netteté de ses résultats.

Néanmoins, comme ces essais n'ont eu qu'une durée fort restreinte, nous recommandons leur reprise, dans tous les cas où l'état de la muqueuse oculaire ou lacrymale appelle un modificateur.

Cette exposition, quoique fort abrégée, appelle un résumé. L'auteur, dans son mémoire, traite d'un cas particulier des mucocèles rebelles, le cas où le sac *dilaté* fournit une surface sécrétante en disproportion avec la lumière inférieure du canal, et où l'*hypertrophie* de sa paroi ne permet pas d'espérer le retour du réservoir à ses dimensions normales. L'indication qui ressort de la position de la question d'abord, et secondement de son mémoire et de ses observations, semble des plus justifiées. Il faut enlever la portion hypertrophiée et réduire ainsi le sac à ses dimensions normales. Cette indication bien formulée peut être admise comme un pas de plus accompli dans cette longue lutte contre les oblitérations des voies lacrymales, et qui est, messieurs, une des gloires de l'ancienne Académie, dont vous êtes les continuateurs. L'histoire, à un pas près, important il est vrai, des maladies des voies lacrymales et de leur traitement, est sortie presque complète des travaux du dix-huitième siècle. Mais une erreur physiologique, portant sur un dé-

tail, a retardé de près d'un siècle le développement naturel de ces inestimables recherches. Si l'on fait un retour sur ces recommandables travaux, on retrouve, en effet, soit en germe, soit épanouies, toutes les méthodes mises de nos jours en usage pour procurer la reconstitution de la lumière du canal et de ses parois. Seulement, sur toutes les indications formulées, sur toutes les tentatives thérapeutiques, plane et domine un principe invariablement obéi, *le respect de l'intégrité des canaux et orifices lacrymaux.* Ce respect était imposé par les idées physiologiques régnant dans les écoles depuis le beau travail, inexact cependant en ce point, de J.-L. Petit, et qui attribuait un rôle physique *nécessaire* (celui du siphon) aux branches supérieures des voies de l'excrétion lacrymale, une action particulière et indispensable de succion à l'embouchure même de ces canaux aspirateurs. Sous l'influence de ce respect, tous les moyens d'action à diriger sur le canal ou ses parois assez puissants pour obtenir un effet utile, sondes, mèches, injections, topiques divers, devaient être introduits par une large ouverture cutanée, et, en l'absence du modificateur physiologique, le passage habituel des larmes.

Après avoir réparé le canal, l'oblitération d'une fistule plus ou moins complexe devait appeler l'attention et les efforts du chirurgien, et une expérience séculaire a trop montré les difficultés de la seconde partie de l'entreprise.

C'est ici que se place l'intervention de Bowmann. Cet éminent observateur remarque que dans les cas d'épiphora dus à la simple éversion des points lacrymaux, on arrivait à rétablir le cours régulier des larmes, en enlevant, par le procédé de Junken, les points lacrymaux eux-mêmes, et en faisant plonger dans le sac lacrymal la béance artificielle créée à leur place dans les canalicules. Ces bouches naturelles, si saintes jusqu'ici, remplissaient donc une fonction moins complexe qu'on ne l'avait supposé ; une simple fistule muqueuse ne pouvait, au besoin, les suppléer.

L'illustre chirurgien en conclut qu'on pouvait désormais attaquer par cette voie le sac et le canal, ouvrir les canalicules et les transformer ainsi en fistules muqueuses de la dimension nécessaire. Il n'y avait donc plus d'obstacle s'opposant désormais à l'introduction de sondes ou de mèches de telle grosseur que l'on voudrait dans le canal; plus de craintes de ces interminables fistules cutanées. C'était la méthode de Pouteau renouvelée, mais synthétisée, justifiée, et non plus à l'état d'accident.

Telle est la première base de la riche découverte de Bowmann.

La seconde consiste dans une appréciation non moins exacte d'une observation de fait, due à l'École de Dupuytren, et relative à la tendance si obstinée du canal nasal malade à se resserrer continuellement sur lui-même, à la façon des strictures uréthrales. Cette observation amène le chirurgien anglais à poser comme second principe de sa méthode la dilatation progressive des coarctations du canal par des cathétérismes graduellement plus dilatateurs, à la manière employée par Béniqué pour les rétrécissements uréthraux.

Cette méthode a déjà reçu une vulgarisation assez étendue pour que je doive me dispenser d'en rappeler ici les détails. Ce n'est pas un traité que j'écris, mais une exposition de doctrines résumant l'état d'une question.

Par la substitution méthodique de l'ouverture de Bowmann à celle de J.-L. Petit, la question des oblitérations lacrymales est ramenée aux mêmes termes que celle des strictures uréthrales simples, c'est-à-dire dans lesquelles le rétrécissement peut être franchi sans lacune obligée (fistuleuse ou autre) dans toute l'étendue du canal, du méat à la vessie.

L'ère chirurgicale des dix-septième et dix-huitième siècles est ainsi rattachée sans interruption à la nôtre, et la doctrine forme un tout complet et uniforme. Les consciencieuses recherches du passé trouvent dans les découvertes de notre époque la porte d'entrée d'une application féconde, et les desiderata, au lieu d'embrasser tout ce cadre nosologique spécial en bloc, n'en frappent plus que certains chefs déterminés.

L'ectasie du sac lacrymal formait un de ces chapitres; le travail que je viens d'analyser paraît devoir apporter à sa solution un contingent précieux. De jour en jour se voient ainsi réduites les tristes exceptions que les maladies des voies lacrymales opposent encore à la thérapeutique complète ou presque complète. Cependant certaines formes que l'on ne peut pourtant rejeter, malgré leur obstination, dans les cas inattaquables, comme sont les oblitérations par destruction, ou déformations osseuses, certaines formes, dis-je, nous opposent encore leur triomphante résistance; la dilatation progressive ne parvient pas à les dominer.

Pour ces formes invétérées, qu'il me soit permis d'invoquer ici le concours de votre expérience acquise sur un autre terrain. Je faisais à l'instant ressortir l'analogie que présente, avec les rétrécissements uréthraux, les oblitérations du canal nasal.

Une méthode plus récente encore que celle de Bowmann, et qui d'ailleurs s'appuie sur elle et la développe, étend cette analogie.

Il y a déjà quatre ou cinq ans, M. Stilling (de Cassel) a imaginé d'opposer aux rétrécissements à tendance rétractile invincible, ou au moins obstinée, la section par l'instrument tranchant. Cette idée était naturelle et d'exécution assez facile; comment avait-elle été si longtemps à éclore? Vous le concevez de vous-mêmes : le tissu cicatriciel destiné à combler nos plaies ne possède-t-il pas communément une tendance rétractile tout aussi invincible que celui qu'il doit remplacer et qui constitue le rétrécissement?

Eh bien! au témoignage du très-grand nombre des praticiens qui ont essayé cette méthode nouvelle, il paraît que cette crainte physiologique était vaine. M. Stilling exposait dans son travail que l'incision du rétrécissement étant scrupuleusement abandonnée à elle même et se réparant sans suppuration, s'organisait en quelque sorte physiologiquement, la plaie béante se remplissant insensiblement d'un tissu conjonctif non rétractile. Par ce mécanisme, la lumière du canal se trouvait définitivement accrue. Lorsque, au contraire, on introduit après l'opération des corps étrangers, tels que bougies, sondes, etc., ceux-ci irritent la surface incisée, provoquent la suppuration et la formation du tissu cellulaire jaune, qui bientôt est soumis à la rétraction cicatricielle et rétablit ainsi l'ancien rétrécissement.

L'application de ces idées au traitement des coarctations du canal nasal est un hommage à rendre à l'initiative française, car elles sont nées chez nous sur le terrain urologique, et formulées déjà depuis longtemps. Sont-elles exactes? Il ne m'appartient d'en parler qu'en demeurant sur le domaine de leur application oculaire.

Encouragé par le témoignage des chirurgiens belges, américains, de quelques uns de mes compatriotes, j'ai depuis quelques mois soumis à ce procédé, ainsi méthodiquement compris, mes cas graves ou rebelles, et je dois dire que les résultats obtenus m'inclinent fortement vers l'admission de ces vues premièrement théoriques, et aujourd'hui passées pour moi à l'état de fait.

Si l'on considère le point de départ de ce rapport, ce dernier exposé est une digression, et je crains d'avoir en ce point franchi les limites imposées par les usages. Cependant, on me le pardonnera, si l'on considère que le rappel de cette méthode recule aussi pour sa part, et non médiocrement, les limites du domaine de l'art. Aujourd'hui, il est presque permis d'affirmer qu'une altération des voies lacrymales exempte de *destruction* première ou consécutive des tissus par suppuration, granulation, action chirurgicale, cédera en un temps généralement limité à l'intervention de l'art. Seuls feront

exception les cas de carie du squelette, des voies lacrymales ou de destruction par suppuration prolongée des tissus mous qui en tapissent les parois.

Je termine, messieurs, en vous proposant de décider la publication du mémoire de M. Monoyer dans les bulletins de la Société et d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société. La science doit déjà de nombreux et utiles travaux à ce savant confrère. Professeur distingué, membre honoraire, hélas! de l'ancienne université de Strasbourg, nous lui sommes redevables, au milieu d'un grand nombre de mémoires, des importantes publications que voici :

Les anomalies de la réfraction de l'œil et leurs suites, traduit de Donders;

De l'action des mydriatiques et des myotiques, du même auteur;

L'article CRISTALLIN dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques ;*

Enfin la traduction du *Traité élémentaire de physique médicale* de Wundt.

M. CHASSAIGNAC. J'ai eu recours, pour le traitement des obstructions des voies lacrymales, à la dilatation par les injections suivant la méthode de Laforest. J'employais la sonde de Gensoul, à laquelle j'avais fait subir une modification : j'avais fait faire une ouverture qui était dans l'axe de l'instrument, de façon que le liquide injecté ne pouvait être arrêté par une de ces valvules si communes du canal nasal qui arrêtent les injections en bouchant la canule. Grâce à cet instrument, j'ai pu faire des injections forcées, et j'ai obtenu des guérisons très-positives.

Je ne suis pas partisan de la dilatation forcée, ni des incisions dans le canal nasal; les instruments blessent les os, et cette lésion peut être suivie d'inflammations redoutables.

M. DESPRÉS. M. Giraud-Teulon attribue à Stilling de Cassel l'idée de sectionner les rétrécissements du canal nasal comme ceux de l'urèthre. Gerdy avait depuis longtemps, et avant Stilling, fait cette opération.

M. VERNEUIL. La suppression des moyens mécaniques dans le traitement des obstructions du canal nasal a été un véritable progrès. J'ai fait des ponctions et des injections iodées par la ponction dans le canal nasal et le sac lacrymal, et j'ai obtenu des guérisons durables. Je me servais de la sonde de Pravaz. Dans trois cas de fistules lacrymales rebelles, j'ai cautérisé le sac avec un peu de beurre d'antimoine, et la guérison est survenue, sans oblitération

du sac. M. Giraud-Teulon me paraît avoir été trop sévère pour ces méthodes radicales, et, à mon sens, elles valent mieux que les moyens mécaniques. Je rappelle, en passant, que Béraud, dans son excellente *Étude sur le canal nasal*, a montré qu'il s'y rencontrait des valvules normales, mais jamais d'oblitérations organiques.

M. FORGET. Puisqu'il s'agit d'injections iodées, je voudrais dire que, depuis quinze ans, deux malades ont été traitées par les injections iodées (solution de Gruibourt) poussées par les points lacrymaux ou une fistule ; le contact de l'iode sur le globe oculaire même n'a pas été un danger. L'observation est consignée dans le *Traité d'iodothérapie* de M. Boinet. Ces malades ont été vues et suivies.

M. DUBRUEIL. Le cathétérisme de Bowmann n'est pas innocent chez un de mes malades; des tentatives infructueuses de cathétérisme ont été suivies d'un phlegmon de l'orbite.

M. GIRALDÈS. Je voudrais savoir où M. Giraud-Teulon a coupé des rétrécissements du canal nasal, car les rétrécissements sont rares. Nous connaissons bien des faits de valvule décrits par Rosenmuller, des polypes, mais ce n'est guère qu'à la partie inférieure du conduit que l'on rencontre les obstacles au cours des larmes. La méthode de Bowmann ne saurait être incriminée par le fait que nous a rapporté M. Dubrueil; elle donne de bons résultats, que j'ai pu vérifier par moi-même.

Il y a des tumeurs lacrymales et des fistules de diverses natures avec hypertrophie de la muqueuse. Il y a des œdèmes, des granulations de cette muqueuse ; il faudrait distinguer. Et tout en reconnaissant la bonté de cette méthode, je concède qu'elle n'est pas applicable à tous les cas; surtout je ne pense pas que la section du rétrécissement soit un moyen d'une application générale.

M. BOINET. Comme M. Verneuil, je suis pour les moyens peu violents. J'ai, suivant une pratique de Bretonneau (de Tours), qui plaçait sur l'angle interne de l'œil la pommade de la veuve Farnier, appliqué la teinture d'iode mêlée à l'eau en collyre. Le liquide pénètre dans le sac lacrymal par les conduits et vient modifier la surface interne du sac et du canal nasal.

M. TRÉLAT. Je ne comprends pas, comme M. Giraldès, les objections adressées à la méthode de Bowmann, tirées d'un seul fait fâcheux. Oui, il y a des dacryocystites qui guérissent par les émollients et les injections, mais il y a des cas de fistules rebelles qu'on guérit mieux depuis qu'on a mis en usage les procédés réguliers. Je n'hésite pas à traiter d'hérésie l'opinion qui consisterait à admettre que les obstructions du canal nasal guérissent mieux de-

puis qu'on a renoncé à l'emploi des moyens mécaniques. Ce qui peut être vrai pour la dilatation forcée, la dilatation de bas en haut, ne l'est plus aujourd'hui pour les procédés nouveaux perfectionnés. La dilatation par en haut, temporaire et non plus permanente, unie aux injections détersives, est une excellente méthode. La dilatation préconisée par Bowmann est excellente. Je n'ai pas vu d'accidents.

J'ajoute enfin, pour M. Giraud-Teulon, que l'uréthrotomie es bien antérieure à Reybard et à Sédillot.

M. LE FORT. Nous confondons ici l'épiphora, la tumeur lacrymale et la fistule lacrymale. Le traitement est différent pour ces cas, qui ne se ressemblent point. Pour la fistule, le traitement de Bowmann est le meilleur. Je l'ai employé avec succès. J'ai même fait la lacrymotomie, et je n'ai pas eu d'accidents. Je ne suis point de l'avis de M. Verneuil, et je pense que le traitement par les injections seules, même par la partie supérieure, est bien moins sûr que la dilatation ou la section des brides.

M. GIRAUD-TEULON. J'ai employé la méthode vantée par M. Chassaignac, c'est-à-dire la méthode de Laforest, mais j'ai eu de meilleurs résultats de la méthode de Bowmann. Je ne m'expliquerais pas d'ailleurs comment un rétrécissement vrai pourrait être guéri par un jet de liquide. Je suis d'accord avec M. Giraldès en ce sens que, comme lui, je reconnais que les rétrécissements existent surtout à la partie inférieure, et c'est là que je les ai coupés en faisant une petite modification à l'instrument de Weber. Je ne pratique pas la dilatation forcée du canal, quoique de Graefe ait employé ce procédé. Cette dilatation brutale n'a pas causé d'accidents, toutefois, et elle n'est pas aussi destructive que le pense M. Chassaignac. Le grand nombre de faits de stricturotomie me rassurent sur l'efficacité des sections dans le canal nasal, et cette opération prendra place dans le traitement des cas invétérés.

Les injections sont bonnes, mais guérissent-elles radicalement? M. Verneuil a-t-il suivi ses malades?

M. VERNEUIL. Je les ai suivis.

M. GIRAUD-TEULON. Je me joins à MM. Trélat et Giraldès pour affirmer que le fait de M. Dubrueil est tout à fait exceptionnel.

M. CHASSAIGNAC. J'ai vu auprès de Dupuytren l'ancienne méthode à l'œuvre; la dilatation avec la canule produisait des phlegmasies considérables. C'est cela qui m'avait inspiré l'idée de recourir à des méthodes douces. Aussi ai-je traité par le tube à drainage une grande quantité de fistules lacrymales rebelles, qui ont bien guéri.

M. VERNEUIL. Je m'explique : pour l'épiphora, l'opération de Bowmann est bonne; pour la tumeur lacrymale avec ou sans fistule, elle peut être aussi mise en usage. Mais pour le traitement des rétrécissements, je fais de suite cette restriction préalable que le rétrécissement, origine du mal, est problématique; on n'en a point trouvé sur le cadavre; ces cas, au moins, sont extraordinairement rares. Instituer un traitement en vue de ces rétrécissements me paraît dépasser les indications. Quand on voit des fistules rebelles guérir après la cautérisation du sac lacrymal, il est impossible d'admettre qu'un obstacle mécanique seul soit la source de la maladie.

M. GIRAUD-TEULON. Il n'y a pas de tumeur lacrymale sans obstacle au cours des larmes, sans rétrécissement du canal.

M. TRÉLAT. Depuis trois ans, j'ai employé l'opération de Stilling à l'aide du couteau de Weber, j'ai eu de très-beaux résultats.

PRÉSENTATION DE MALADES

Persistance de l'ouraque. — M. GUÉNIOT présente un enfant de six mois qui, depuis sa naissance, a une tumeur fongueuse à l'ombilic qui laisse sourdre de l'urine, reconnue à l'aide du papier tournesol, qui a donné la réaction acide. Le présentateur croit à une persistance de l'ouraque. Il se demande quelle opération pourrait être faite; la sonde à demeure lui paraît insuffisante.

M. CHASSAIGNAC croit qu'il est difficile de dire si c'est l'ouraque ou la vessie qui forme la petite tumeur.

M. GIRALDÈS pense que c'est une exstrophie incomplète d'une partie de la vessie par défaut de développement de la paroi antérieure de la vessie. Il croit qu'on devrait tenter d'abord la cautérisation de la tumeur et de la peau voisine, et, en cas d'insuccès, qu'une opération autoplastique pourrait être exécutée.

M. GUÉNIOT ne croit pas que ce soit la muqueuse de la vessie qui forme la tumeur, car tout est bien conformé, l'anneau ombilical est normal.

Staphylôme pellucide de la cornée. Guérison. — M. TRÉLAT présente un malade atteint de staphylôme pellucide de la cornée, qu'il a traité par la méthode de Graeffe, c'est-à-dire la production d'un ulcère de la cornée, et la cautérisation de l'ulcère avec le nitrate d'argent. Ce malade, avant l'opération, lisait à peine à 15 millimètres, et lit maintenant à 15 centimètres.

COMITÉ SECRET.

A cinq heures un quart, la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place de membre titulaire.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 12 JUIN 1872.

Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

L'Union médicale; — la *Gazette des Hôpitaux*; — le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques;* — la *Gazette médicale de Strasbourg;* — le *Lyon médical;* — le *Bordeaux médical.*

M. LARREY offre, au nom de l'auteur, M. Joly, un discours qu'il a prononcé à l'inauguration du buste de Delpech, à Toulouse.

M. VERNEUIL présente deux thèses inaugurales : *Des accidents des plaies pendant la grossesse et l'état puerpéral*, par M. Cornillon; *Essai sur le puerpérisme, infection chez la femme et le nouveau-né,* par M. Quinquaud.

ÉLECTION

Nomination d'un membre titulaire.

La commission présente :

En 1re ligne.........	M. Lannelongue.
En 2e.............	M. Champenois.
En 3e.............	M. Polaillon.

En 4e *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Krishaber et Magitot.

Au premier tour de scrutin ont obtenu :

M. Lannelongue............	17 voix.
M. Champenois............	11 —
M. Magitot................	1 —

En conséquence, M. Lannelongue est élu membre titulaire de la Société de chirurgie.

COMMUNICATIONS

De l'odeur acide de l'haleine comme signe du diabète. — M. DUBOUÉ, membre correspondant, lit une note sur ce sujet.

Quoique je n'aie observé qu'un très-petit nombre de fois le symptôme sur lequel je me propose d'attirer l'attention de mes collègues, il m'a été fort utile dans un cas de pratique chirurgicale que je rapporterai plus loin, en dirigeant mes recherches dans un sens où je n'aurais peut-être pas songé à les porter. C'est à ce seul titre qu'une pareille question, se rattachant bien plutôt à la médecine qu'à la chirurgie, peut être abordée dans cette enceinte. Si ce signe a déjà été signalé, ce que j'ignore, il est certainement peu connu, ce qui m'enhardit encore à faire cette communication.

La première fois que ce symptôme m'a frappé, il y a cinq ou six ans, je ne croyais en aucune façon avoir affaire à un cas de diabète sucré. Je donnais mes soins depuis plusieurs jours à une dame de 65 ans environ, chez laquelle je constatais un dépérissement rapide dont je ne parvenais pas à découvrir la véritable cause. J'avais remarqué, dès les premières visites, une odeur *fortement acide* et pénétrante qui frappait l'odorat dès qu'on entrait dans la chambre où était couchée notre malade. Je n'attachais pas d'abord la moindre importance à cette odeur, que j'attribuais à quelque substance inconnue et entièrement étrangère à la malade. Mais, après l'avoir constatée plusieurs jours de suite et toujours avec la même intensité, je n'ai pas tardé à voir, en m'en assurant directement, qu'elle provenait de son haleine. Les difficultés du diagnostic persistant au même degré et les forces déclinant de jour en jour, j'ai cru avoir affaire à cette forme grave de *dyspepsie acide* décrite par Chomel.

Peu de jours après, cependant, l'apparition d'un prurit vulvaire des plus incommodes, tenant à un érythème des grandes et des petites lèvres, ainsi qu'une éruption furonculaire généralisée, me font

penser à la possibilité d'un diabète. J'examine les urines et j'y trouve, en effet, une quantité notable de sucre.

La malade succomba quelques semaines plus tard; je crois inutile d'entrer dans les détails des divers symptômes qui ont précédé la mort.

Trois années plus tard, j'ai soigné un autre diabétique, lequel était âgé de 28 à 30 ans, et qui a fini par succomber aux progrès d'une phthisie pulmonaire dépendant, sans nul doute, de la glycosurie. Or, chez ce jeune homme, qui avait été déjà soigné par d'autres médecins comme atteint du diabète, et chez lequel je recherchais, par intervalles, les variations de la quantité de sucre par l'examen des urines au polarimètre, j'ai constaté pendant plus de deux mois cette même *odeur acide* qui m'avait frappé chez ma première malade.

Dans le courant de l'hiver dernier, j'ai encore trouvé cette même *odeur* chez une troisième diabétique, âgée d'une soixantaine d'années, laquelle, avant de succomber à des accidents cérébraux (convulsions et coma), avait déjà perdu les deux yeux à la suite d'un double glaucome dépendant de l'affection générale.

Dans les deux derniers cas, comme dans le premier, on percevait, en entrant dans la chambre des malades, une odeur aigrelette particulière, qui était très-prononcée le matin, avant que les fenêtres eussent été ouvertes.

Enfin le 9 mai dernier (1872), j'ai été appelé dans une petite ville de notre département, près d'un homme d'une quarantaine d'années qu'on me disait être atteint d'un phlegmon diffus du pied droit. On redoutait même une terminaison gangréneuse, et c'est pour tâcher de prévenir cette terminaison qu'on m'avait fait demander.

Or, je puis dire, sans la moindre exagération, qu'en entrant dans la chambre où se trouvait notre malade, et avant même d'avoir examiné ce dernier et de lui avoir adressé la parole, j'avais déjà porté le diagnostic qu'un examen approfondi n'a fait que confirmer. Je m'attendais à trouver et j'ai trouvé, en effet, une inflammation gangréneuse du pied, inflammation peu intense et peu douloureuse, nullement semblable à celle d'un phlegmon diffus. Ce qui m'avait mis sur la voie du diagnostic, c'était cette *odeur acide* pénétrante que j'avais perçue en entrant dans la chambre, odeur dont je venais de faire une expérience de cinq mois chez ma précédente malade.

Je dois ajouter que j'ai examiné ce malade avec le même soin

que s'il se fût agi d'un cas ordinaire, d'un de ces cas où je n'eusse eu d'avance aucun indice de présomption diagnostique. Je me suis assuré qu'il n'y avait ni de lésion du côté du cœur, ni d'embolie du côté des artères du pied accessible au toucher : c'est ainsi que les battements du côté de la pédieuse et de la tibiale postérieure étaient facilement perçus. Et enfin, l'examen des urines me permit de constater une assez grande proportion de sucre : en faisant bouillir une certaine quantité d'urine avec de la potasse caustique, le seul réactif que j'aie pu me procurer, j'ai obtenu un abondant précipité rouge briqueté ou brunâtre.

Le diagnostic une fois établi d'une manière certaine, je me suis bien gardé de toucher à ce pied ; notre malade, dont l'état général était d'ailleurs fort alarmant, a succombé dans la nuit qui a suivi ma visite.

Je puis donc dire avec et sans figure que, dans ce cas, le signe nouveau que je mentionne m'a permis de *flairer* le diagnostic, et tous les chirurgiens savent par expérience combien il est important de soupçonner simplement l'existence du diabète chez les malades qui se commettent à leurs soins, pour subir une opération. Telle est la raison pour laquelle j'ai cru devoir signaler ce nouveau signe à l'attention de mes collègues, qui seront plus à même que moi d'en vérifier l'exactitude.

Cette acidité de l'haleine existe-t-elle chez tous les diabétiques, ou à toutes les périodes de leur maladie ? Je l'ignore. Ce que je puis dire, c'est que ces *quatre malades* chez lesquels je l'ai constatée étaient déjà arrivés à une période avancée de la glycosurie, et que je n'ai pas songé à rechercher ce signe chez tous les diabétiques soumis à mon observation. Ce que je crois même *à priori*, c'est que ce symptôme me semble appelé à rendre plus de services dans la pratique civile que dans la pratique hospitalière. Dans une salle de chirurgie, en effet, l'odeur égarée d'une haleine de diabétique ne me paraît pas devoir dominer celle de la suppuration des blessés, des cataplasmes entre autres pansements. Il faudrait donc la rechercher chez un malade entouré de blessés ou d'autres malades, tandis qu'elle frappait *spontanément* l'odorat, pour ainsi dire, chez les malades isolés dont je viens de donner la relation succincte.

Quant à donner une idée de cette odeur à ceux qui ne l'ont pas encore perçue, j'avoue que je suis tout à fait incapable de le faire. Le seul conseil que je puisse donner à cet égard, c'est de sentir l'haleine de plusieurs malades notoirement atteints de diabète, et

si l'on parvient à découvrir cette acidité une seule fois, j'ose affirmer qu'on ne l'oubliera plus et qu'on la reconnaîtra plus sûrement dans l'avenir.

Observation de fistule vésico-vaginale. — Guérison après opération par le procédé à lambeaux. — Reproduction de la fistule, après un nouvel accouchement. — Opération récente par le même procédé. — Résultat encore incertain. — M. DUBOUÉ. Je me bornerai à exposer succinctement les seules particularités intéressantes de ce fait, qui permet de juger la valeur éloignée du procédé. Je renverrai, pour tout ce qui a trait à la description du procédé et du manuel opératoire, à ma première communication, et qui est insérée dans le tome VI des *Mémoires de la Société de chirurgie.*

Magdeleine P..., de Berdets, près Oloron (Basses-Pyrénées), âgée de 37 ans, avait eu un premier accouchement, avant terme, de deux jumeaux, accouchement non suivi d'accidents. Nouvelle grossesse et second accouchement, le 1er novembre 1867, suivi, trois semaines plus tard, de la formation d'une fistule vésico-vaginale. Celle-ci, qui n'avait guère que 1 ou 2 millimètres de diamètre, siégeait à 1 centimètre du col de l'utérus, dont la lèvre antérieure est restée à peu près intacte.

Après les soins préliminaires ordinaires (purgatif la veille au matin et administration, le même soir, d'une pilule de *cinq* centigrammes d'extrait thébaïque), l'opération est pratiquée, le 13 novembre 1869, en présence de mes excellents confrères MM. Robert, Latour, Bouteil, Gaye et Noguès. Deux lambeaux latéraux sont disséqués et fixés, après affrontement des surfaces saignantes, par deux fils d'argent et deux boutons en buis, un bouton de chaque côté. L'opération a duré environ trois quarts d'heure.

La sonde à demeure est supprimée; la malade urine toute seule et conserve parfaitement ses urines. Celles-ci sont sanguinolentes les trois premiers jours, puis deviennent claires et normales les jours suivants. Notre opérée a pris chaque soir, depuis le 12 novembre, veille de l'opération, jusqu'au 21 novembre inclusivement, une pilule de *cinq* centigrammes d'extrait thébaïque.

Première garde-robe, le 22 novembre, après un lavement simple huileux : la malade se lève pour la première fois le 25.

Le 4 décembre, les fils sont enlevés sans difficulté; les lambeaux sont parfaitement réunis et forment une saillie médiocre dans le vagin; les boutons se sont creusé une petite cavité à la base des

lambeaux, sur la muqueuse vaginale. Pendant l'ablation des fils, il ne s'écoule pas une goutte d'urine; la guérison se maintient les jours suivants, et notre opérée quitte Pau le 10 décembre, retenant parfaitement ses urines.

Le 19 mai dernier (1872), je vois revenir cette femme, que je croyais parfaitement guérie, et qui l'avait été longtemps, en effet. Or, voici ce qu'elle m'apprend :

Devenue enceinte quelques mois après l'opération, elle accouche le 22 janvier 1871, à sept mois de grossesse, de deux jumeaux qui n'ont pas vécu. L'accouchement s'est fait spontanément en 12 heures, au lieu de 48 qu'avait duré le précédent, et celui-ci ne s'était terminé que par une application de forceps. Les suites des couches ont été très-heureuses, et la fistule ne s'est pas reproduite.

Trois mois après, nouvelle grossesse, accouchement à terme le 28 janvier 1872, après un travail des plus pénibles, qui avait nécessité l'intervention de l'art. Voyant que le travail se prolongeait outre mesure, la sage-femme réclame l'assistance d'un médecin, et ce dernier n'étant pas chez lui, elle prend une décision dont il n'y a qu'à la louer; elle repousse la tête et pratique la version. Il est probable que, sans cette intervention, les désordres produits par la compression de la tête auraient été beaucoup plus considérables qu'ils ne l'ont été en réalité.

Quinze ou vingt jours après ce dernier accouchement, la malade ne pouvait plus retenir ses urines ou ne les retenait qu'une heure, à grand'peine; mais elles étaient toujours expulsées par le vagin, et notre malade, qui est très-explicite sur ce point, n'en rendait pas une goutte par le canal de l'urèthre. La fistule s'était donc reproduite.

Après avoir recueilli ces renseignements, je prie M. Letenneur (de Nantes), qui avait passé l'hiver à Pau et qui était à la veille de son départ, de vouloir bien venir examiner cette femme avec moi. Comme je me défiais de mes propres impressions, j'étais désireux de les soumettre au contrôle impartial et éclairé de notre collègue.

Comme j'avais conservé les notes prises après la première opération, il nous devient facile, à l'inspection du dessin qui figurait le siége et les dimensions de la fistule, d'en retrouver la place exacte. Or, au point occupé par l'ancienne fistule, c'est-à-dire à 1 centimètre du col, nous voyons très-nettement une petite cicatrice blanche et légèrement saillante, longue d'environ 5 ou 6 millimètres et dirigée transversalement, dans le sens de sa longueur. C'est à 1 centimètre plus haut, au point de jonction du vagin et du col utérin,

que nous découvrons l'orifice qui livre passage à l'urine : cet orifice a 3 ou 4 millimètres de diamètre; il est à peine un peu plus grand que ne l'était la fistule primitive.

Quant au col utérin, il était en grande partie détruit, à la suite du dernier accouchement, sans aucun doute; la lèvre antérieure en particulier, la seule qui nous intéressât au point de vue de l'opération, était réduite à sa moitié gauche restée intacte; quant à la moitié droite, elle était complétement détruite.

Avec une pareille disposition, il eût été impossible de pratiquer un avivement simple, à moins d'enlever toute la moitié gauche de la lèvre antérieure du col et d'aviver ensuite l'autre moitié ou plutôt les tissus qui en tenaient place, tout en oblitérant l'orifice externe du col. On ne pouvait donc appliquer, dans ce cas, que le seul procédé à lambeau, et encore ne pouvait-on y recourir que dans des conditions fort défectueuses qui devaient augmenter singulièrement les difficultés de l'opération. Il n'y avait pas, en effet, un lieu d'élection, mais bien un lieu de nécessité pour l'emplacement à donner aux lambeaux. L'un ne pouvait être pris que sur la moitié gauche de la lèvre antérieure du col, et l'autre, en regard du premier, c'est-à-dire dans une direction oblique, de haut en bas et de gauche à droite, sur la paroi vaginale avoisinant la fistule.

L'opération est pratiquée, le 21 mai dernier, d'après les indications que je viens d'exposer. J'étais assisté par mes excellents confrères, MM. Lacoste, Pomier, Meunier, Saison et Noguès. Le soulèvemcnt du lambeau postérieur a été très-facile; mais il n'en a pas été de même du lambeau antérieur pris sur le vagin avec l'obliquité indiquée ci-dessus. Je suis convaincu cependant que je me serais soustrait en grande partie à ces difficultés d'exécution si j'avais pensé à faire varier le décubitus de l'opérée. Celle-ci était couchée sur le côté gauche, et dans cette position, le lambeau qui est en bas, c'est-à-dire le gauche, est ordinairement plus facile à disséquer que celui qui est en haut, ici le droit. Or, en plaçant la femme dans le décubitus latéral gauche pour la dissection du lambeau gauche et *vice versa*, il me semble que chaque lambeau deviendrait ainsi plus facile à soulever.

Ce changement d'attitude aurait encore l'avantage de soulager la patiente; aussi, je me propose d'y recourir ou du moins d'essayer de ce changement à l'avenir. On agit de même en obstétrique quand la main réputée la mieux placée pour pratiquer la version n'arrive pas aisément jusqu'aux pieds du fœtus. L'expérience n'a-

t-elle pas prouvé qu'on réussit le plus souvent avec l'autre main, quand la première a échoué ?

Quoi qu'il en soit, et pour revenir à notre cas, je suis parvenu à soulever et à affronter les deux lambeaux, bien que le lambeau antérieur n'eût pas la régularité du lambeau postérieur. L'opération a duré une heure environ.

La sonde est supprimée comme après la première opération, et la malade a uriné toute seule, sans perdre une goutte d'urine par le vagin, jusqu'au moment de l'ablation des fils, qui a eu lieu le 5 juin dernier ; seulement, l'urine est restée sanguinolente et trouble pendant une douzaine de jours.

La première garde-robe a eu lieu, le 30 mai, après l'administration d'un lavement simple huileux, et, du 31 mai au 5 juin, notre malade s'est levée sans perdre une seule goutte d'urine par le vagin. Je comptais donc sur le succès le plus complet, lorsque, en introduisant le spéculum pour enlever les fils, j'ai été déconcerté par l'issue d'un flot d'urine par le vagin. Ai-je trop pressé avec le spéculum sur la paroi vaginale, malgré les précautions que j'ai prises pour cette introduction ? Je l'ignore. Toujours est-il que, après l'ablation des fils, la femme a continué à garder ses urines et à les rendre à volonté par l'urèthre pendant la journée du 5 et dans la matinée du 6 juin, jour où j'ai quitté Pau. Mon excellent confrère, M. le docteur Pomier, ancien interne des hôpitaux de Paris, a bien voulu donner des soins à notre opérée en mon absence. Or, voici ce qu'il m'écrit à la date d'avant-hier, 10 juin :

« Je n'ai malheureusement pas de bonnes nouvelles à vous donner de votre opérée. Comme elle le dit elle-même, elle urine absolument comme avant l'opération. L'amélioration des premiers jours a totalement disparu ; c'est à peine s'il passe quelques gouttes par l'urèthre. . . . .

« L'aspect de la partie opérée est le suivant : Au centre, une ouverture irrégulière, c'est l'orifice de la fistule entouré de deux bourrelets, qui ne sont autre chose que les lambeaux rétractés. Le lambeau droit ou vaginal est le plus saillant, et son extrémité libre est mobile. Le lambeau du col existe aussi parfaitement, mais plus petit, plus revenu sur lui-même. En soulevant avec la pince les deux extrémités libres de ces lambeaux, on voit une surface rouge, saignante, au milieu de laquelle on devine plutôt qu'on ne voit l'orifice fistuleux. »

Cette observation m'a paru offrir quelques particularités intéres-

santes, en ce qu'elle sort du cadre des observations ordinaires de fistule vésico-vaginale. Elle pourrait donner lieu à certaines considérations utiles, quoique portant sur un point accessoire; je veux faire allusion à la suppression de la sonde après l'opération, sur l'opportunité de laquelle on ne peut pas se prononcer avec un petit nombre de faits.

Je n'en veux tirer, pour le moment, qu'une preuve sans réplique en faveur de la solidité de la suture dans le procédé à lambeaux. Avec une suture peu résistante, en effet, la fistule devrait se reproduire à son siége primitif. Or, dans notre cas, la suture a résisté et la perforation nouvelle s'est faite en un point plus élevé, et un pareil résultat n'a rien de surprenant, si l'on juge que, dans le procédé à lambeaux, il n'y a pas la plus petite perte de substance. La paroi vaginale, simplement dédoublée et n'ayant subi aucune perte de substance, doit conserver après l'opération, et conserve ici, en effet, la même épaisseur qu'elle avait avant toute intervention chirurgicale.

M. BOINET. J'ai vu une vaste fistule vésico-vaginale opérée par Jarjavay à l'aide de l'opération de Marion Sims. Le col lui-même faisait partie de la fistule, et il avait dû être avivé et compris dans la suture. La malade a bien guéri. J'ai opéré moi-même de la même façon une très-grande fistule. Le procédé américain me paraît très-bon. J'ajoute que Leroy d'Etiolles est le véritable auteur du principe de ce procédé, qui, au fond, est français. Je demanderai à M. Duboué si son procédé ne laisse point dans le vagin de raphé ou de traces durables.

M. DUBOUÉ. Il y a une saillie très-modérée.

M. LE FORT. Les lambeaux vaginaux sont-ils réunis simplement à leur base, ou bien la suture comprend-elle en même temps les lambeaux vésicaux retournés dans la vessie et adossés ainsi par leur face saignante?

M. DUBOUÉ. Les fils sont placés à la base du lambeau. Le procédé que j'emploie a l'avantage de ne rien détruire de la muqueuse du vagin, comme dans le procédé de suture après avivement.

Discussion sur l'érysipèle.

M. VERNEUIL. En appelant l'attention sur les érysipèles qui arrivent après la blessure des tissus enflammés et par suite de l'absorption de matières septiques de la plaie, érysipèles précoces, érysi-

pèles par auto-inoculation, j'avais fait remarquer incidemment que la même cause produisait tantôt une lymphangite, tantôt un érysipèle, et que ces deux formes morbides étaient voisines, analogues et le plus souvent impossibles à distinguer. La première partie de ma communication n'est pas contestée, c'est la seconde que je viens discuter. Je maintiens absolument l'impossibilité du diagnostic différentiel dans beaucoup de cas, car, cliniquement, on voit des lésions qu'on diagnostique un érysipèle un jour, et qui, le lendemain, sont une angioleucite, et réciproquement.

Ce rapprochement a été contesté, et c'est en sa faveur que je viens plaider.

Et d'abord, il est constant que l'inflammation se developpe dans les ganglions, les troncs et les réseaux lymphatiques dans les trois départements du système lymphatique.

Il y a des adénites seules, des lymphangites des troncs seules, et des réseaux seuls. Les inflammations peuvent être isolées, mais leur combinaison et leur association sont infiniment plus communes. La lymphangite des gros troncs provoque presque toujours une adénite; la lymphangite, des réseaux et s'accompagne toujours d'adénite et très-souvent d'angioleucite des gros troncs. On retrouve les trois éléments de la triade quand on les cherche, et ils sont plus ou moins évidents. La lymphangite intermédiaire entre une petite piqûre et une adénite peut manquer. Il se passe là ce que l'on a désigné sous le nom de bubon d'emblée pour la vérole, et ce que l'on voit pour les piqûres anatomiques suivies de bubon axillaire sans lymphangite intermédiaire.

Les trois affections du système lymphatique reconnaissent des causes locales, une plaie récente ou ancienne et l'absorption de produits septiques ou d'un produit inflammatoire; des causes générales, le séjour dans un milieu infecté et un état cachectique. La lymphangite des troncs, et celle des réseaux surtout, se développent dans ces conditions. Toutes deux sont accompagnées de phénomènes généraux : frissons, élévation brusque de la température (40°). Mais dans la lymphangite des troncs, ces phénomènes sont peut-être un peu plus fugaces que dans celle des réseaux.

Ces affections présentent une forme légère et une forme grave. La lymphangite des troncs caractérisée par des traînées roses, comme la lymphangite des réseaux caractérisée par des plaques, se propagent en ligne droite au ganglion. Leur durée peut être également courte (quatre à cinq jours). Il y a une forme grave commune, l'inflammation phlegmoneuse des réseaux des troncs et des

ganglions. Dans des cas communs, les rougeurs sont centrifuges et retournent aux membres, par exemple, vers leurs extrémités ; elles s'étendent latéralement et marchent par poussées successives. J'ai été surpris d'entendre dire ici le contraire. La gravité de la lymplangite des troncs est aussi incontestable que celle des réseaux, et jusqu'à la mort inclusivement, des complications communes peuvent être observées.

L'érysipèle est une inflammation du système lymphatique. C'est, si l'on veut, une quatrième forme qui ne diffère guère de la troisième forme, la lymphangite des réseaux. Il n'y a que de fort petites différences dont on a grossi l'importance. Le mal est localisé très-probablement dans les lymphatiques. Je sais bien qu'il n'y a pas de démonstration absolue du fait, mais, pour sûr, ce ne sont pas les petits vaisseaux sanguins qui en sont le siége, car il est aujourd'hui démontré que l'inflammation n'est pas dans ces vaisseaux.

J'ai entendu une singulière assertion. On nie la lymphangite réticulaire, parce les capillaires lymphatiques n'ont pas de *vasa vasorum* et qu'ils ne peuvent être le siége de la rougeur. Mais la rougeur n'est pas dans le point primitivement enflammé. Cette rougeur est produite par la congestion de la peau. C'est une sphère d'inflammation autour du tissu primitivement malade. Il y a d'ailleurs une preuve indirecte qui prouve que l'érysipèle est localisé dans les lymphatiques. C'est l'adénite correspondante qui est ordinaire. C'est la lymphangite des troncs qui n'est pas rare, et, sous ce rapport, il y a similitude complète entre la lymphangite réticulaire et l'érysipèle.

A-t-on d'ailleurs des éléments d'une distinction radicale ? Le bourrelet périphérique, la teinte jaune, l'éruption phlycténoïde ne sont point constants dans l'érysipèle ; ils manquent dans plusieurs régions, et même, sur un même sujet, tous les points atteints d'érysipèle ne les présentent pas. Il y a des cas où il est impossible de dire s'il y a érysipèle ou lymphangite. Il est des malades sur lesquels je voudrais qu'on me montrât la distinction.

Dans les causes des deux affections, je trouve qu'il faut une plaie pour l'érysipèle comme pour les lymphangites ; que des milieux malsains, un état cachectique y prédisposent, et que, dans de telles conditions, il arrive tantôt l'une, tantôt l'autre affection. Il n'y a pas de prédisposition marquée pour l'une ou pour l'autre.

Les phénomènes généraux de début sont cliniquement les mêmes, car on voit une rougeur de départ qui aujourd'hui est de l'érysi-

pèle et le surlendemain de la lymphangite. La maladie change, mais, dès le début, on a pu reconnaître que le même type dominait.

Dans la marche de l'inflammation, il n'y a pas de notable différence. La propagation rectiligne et centripète n'est plus la règle, dit-on, dans l'érysipèle; mais l'érysipèle, cela n'est pas extraordinaire, se propage, au contraire, de la sorte dans des cas très-significatifs; puis si l'érysipèle se propage par plaques, par extension collatérale et est centrifuge, la lymphangite se propage aussi un bon nombre de fois de la même manière, et je ne vois, pour expliquer cette marche, qu'une hypothèse rationnelle, celle de M. Després : l'obstacle au cours de la lymphe, la rétention de la lymphe viciée dans les réseaux et son voyage par des voies détournées pour rejoindre des ganglions libres. C'est ainsi qu'on conçoit la marche irrégulière des érysipèles et quelquefois la limitation nette d'un érysipèle et d'une lymphangite au moment où ils arrivent à la racine du membre, comme j'en ai vu un exemple à la suite d'un érysipèle survenu autour de la plaie d'un abcès drainé. C'est encore par cette théorie que s'explique ce fait d'une malade ayant une petite plaie à la poitrine, qui eut une lymphangite transformée le lendemain en une plaque érysipélateuse, et chez laquelle une autre plaque d'érysipèle apparut sur l'omoplate et rejoignit la première, dans l'aisselle.

Citerai-je encore l'érysipèle ambulant, que nous ne voyons jamais passer d'un côté du corps à l'autre, sans qu'il traverse la ligne médiane, et je dois dire en passant que cet érysipèle ambulant, d'une durée parfois illimitée, est une des preuves les plus fortes contre l'assimilation de l'érysipèle à une fièvre éruptive, opinion qui d'ailleurs ne se soutient plus.

Les formes de la lymphangite réticulaire et de l'érysipèle ne permettent pas d'établir de différences entre les deux affections; il y a des formes bénignes; des malades se promènent avec des plaques d'érysipèle petites comme avec des lymphangites. Les lymphangites, comme des érysipèles, sont l'occasion de la formation du pus; enfin, il y a des lymphangites et des érysipèles inflammatoires et septiques. On ne peut, ni pour l'une ni pour l'autre maladie (et je pourrais discuter la question), établir la séparation exacte entre l'élément pyogène et l'élément phlogogène.

D'après tout ce que je viens de dire, je ne trouve point de distinction radicale entre l'érysipèle et les lymphangites. Je relègue de petites différences pour mettre en relief les grandes similitudes tirées de la pathologie et de la pathogénie des deux maladies. Il

ressort de ces comparaisons une conception plus conforme aux faits et à la clinique, et d'une utilité pratique incontestable.

Il me reste à parler de la nature de l'érysipèle. Au préalable, je dirai d'abord qu'on ne tire pas la nature d'une maladie de sa localisation. Tout en reconnaissant que le mal est, selon toute apparence d'abord, dans les lymphatiques capillaires, je dirai que l'érysipèle peut être une toxémie; que, dans d'autres cas, c'est une inflammation avec toxémie. J'admets l'empoisonnement du sang, mais pas comme celui qui existe dans la variole, la rougeole et la scarlatine; c'est dire que je repousse l'assimilation de l'érysipèle à une fièvre éruptive; ai-je besoin de rappeler le fait des récidives rapprochées d'érysipèle, et cette considération capitale que l'érysipèle n'est jamais général d'emblée, comme les fièvres éruptives? On me dit : Et les phénomènes généraux précurseurs? A cela, je réponds qu'il y a une erreur d'interprétation. L'inflammation de la plaie qui cause l'érysipèle existe toujours avant les phénomènes précurseurs, et si on ne la trouve pas, c'est qu'on ne la cherche point ou qu'elle est déjà guérie.

Pour ce qui est de l'étiologie de l'érysipèle, M. Després attribue les érysipèles à de mauvais pansements. Oui, un bon pansement préviendra beaucoup d'érysipèles, à moins qu'on ne place les malades dans un milieu toxique. Si le pansement bien fait empêche l'érysipèle, c'est parce que la plaie est mise à l'abri du contact de matières septiques, ou qu'il prévient l'inflammation; mais peut-on toujours faire un bon pansement? Voilà la question. Les plaies anfractueuses ne peuvent être rigoureusement pansées également dans tous les points. L'étiologie tirée du mauvais pansement ne s'applique qu'aux érysipèles développées autour d'un traumatisme, mais on ne peut invoquer cette raison pour l'érysipèle qui provient de l'herpès guttural, pour celui qui apparaît autour d'une écorchure, recouverte d'une petite croûte. L'influence du froid, comme l'a dit M. Trélat, est plus puissante dans ces cas, et j'en ai vu des exemples : les écarts de régime et les émotions morales sont encore des causes qui ont été signalées et dont l'efficacité est, à mes yeux, incontestable. Mais le pansement a une grande valeur. Voici, à cet égard, un exemple récent. J'avais opéré une femme d'une hernie étranglée ; je la pansais d'abord avec de la charpie imbibée d'eau alcoolisée. J'allais voir cette femme avant d'aller à l'hôpital; je n'ai donc pu lui porter l'érysipèle. Dimanche dernier elle a eu un érysipèle, et j'ai appris que, le samedi, le médecin qui la pansait avait fait le pansement avec un linge cératé.

La pathogénie de l'érysipèle offre des obscurités. M. Desprès dit que les liquides putrides des plaies dissolvent des bouchons de lymphe qui oblitèrent les lymphatiques, et que l'absorption des liquides des plaies peut être facilitée. Mais nous ne savons pas exactement ce qui bouche les lymphatiques blessés; nous savons bien, il est vrai, que les trombus qui oblitèrent les veines dans les plaies peuvent se dissoudre à un certain moment, et que l'absorption peut avoir lieu, mais ce n'est là qu'une preuve par analogie, et on peut dire seulement que la chose est vraisemblable pour les lymphatiques.

L'épidémicité et la contagion ne se démontrent pas, elles se voient. On a apporté un malade atteint d'érysipèle dans nos salles, et on voit apparaître d'autres érysipèles. A Saint-Louis, j'ai vu le fait : un érysipèle arriva chez un malade du bout de la salle, et il y eut successivement dans les autres lits des érysipèles. La contagion se voit, et il n'y a pas plus de démonstration à donner que pour la contagion de la variole.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : Armand Desprès.

SÉANCE DU 19 JUIN 1872.

Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Bordeaux médical*; — le *Compte rendu des travaux de la Société de médecine et de chirurgie de Toulouse*; — le *Journal d'ophthalmologie*; — le *Bulletin général de thérapeutique*; — le

1er fascicule du tome IV de la *Pathologie externe*, de MM. Follin et Duplay; — la circulaire n° 3 du département de la guerre des États-Unis, sur le *Traitement des cas chirurgicaux dans l'armée américaine*, par le docteur Joseph K. Barnes.

M. LARREY présente une brochure du docteur Christian, de Bitschwiller, sur les plaies de guerre observées à l'ambulance de cette ville; — une leçon manuscrite de M. le professeur Beau, de Brest, sur un cas de fracture du condyle occipital droit par arrachement. (Renvoyé à la commission déjà nommée.)

M. LABBÉ présente, de la part du docteur C. B. Cabasse, un ouvrage intitulé : *Clinique médico-chirurgicale de l'hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains.*

M. DEMARQUAY présente, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de la thèse de M. Paul Foucault : *Essai sur les tumeurs des nerfs mixtes.*

M. FACIEU adresse un travail manuscrit intitulé : *Fractures multiples des membres inférieurs avec lésions graves des parties molles. — Résection du fémur dans la continuité. — Guérison sans claudication.* (Commission : MM. Saint-Germain, Sée, Dubrueil.)

M. DUBRUEIL, à l'occasion de la correspondance, dépose la pièce relative à l'observation de M. Beau, touchant une fracture de l'occipital par arrachement.

M. LE PRÉSIDENT invite M. Lannelongue à prendre place parmi ses collègues.

COMMUNICATION

Plombage des plaies. — M. BURGREAVE (de Gand), membre correspondant. J'ai insisté sur un principe pour le pansement des plaies. Le bandage ouaté ainsi que le plombage des plaies m'avaient semblé bons, parce qu'ils réalisaient ce principe, qui est celui de l'immobilisation des plaies.

Je dirai peu de chose du bandage ouaté, qui est expérimenté à Paris avec tout le soin et toute l'autorité désirables. J'insisterai sur le bandage avec le plomb, que j'ai modifié. Je me hâte de dire que ce plombage des plaies a été imaginé par Reveillé-Parise, qui l'appliquait aux plaies d'amputation.

Voici un appareil qui se compose d'une lame de plomb, de ouate et de trois bandes plâtrées. Ce petit appareil devrait se trouver dans les gares de chemins de fer, dans tous les endroits où il peut arriver des accidents.

Le plomb en feuille est placé autour des membres fracturés, comme une gouttière pleine, et le plomb est fixé par des bandes de diachylon ou une bande plâtrée; s'il y a fracture, on place une petite attelle par-dessus le plomb, au niveau de la fracture; puis on peut faire de l'irrigation entre la peau et la gouttière de plomb. Cette gouttière, en effet, à l'inverse du pansement ouaté, dont le but est la compression, ne doit pas être serrée.

Les appareils inamovibles sans ouate ne doivent jamais serrer; on a renoncé chez nous au bandage amidonné, qui était fait sans ouate, et l'on a dû y substituer le bandage amovo-inamovible. La gouttière de plomb, qui ne serre pas, n'est pas passible du reproche adressé à l'appareil amidonné.

L'occlusion absolue pour le traitement des plaies, occlusion que j'ai poursuivie, ne me paraît pas aussi indispensable qu'on pourrait le croire. Le pansement au plomb ne la réalise pas, et on en obtient de très-excellents effets. D'ailleurs, même le pansement ouaté ne parvient pas à faire une occlusion complète; il n'empêche pas la fermentation des gaz et des liquides des plaies.

Je termine en citant un fait : Un enfant avait eu le bras presque séparé du tronc et ne tenant plus que par les vaisseaux et la peau; j'ai placé ce bras dans la gouttière de plomb et j'ai fait de l'irrigation; au bout de trois semaines j'ai renouvelé le pansement. Depuis, la guérison a été obtenue sans encombre.

Vous voyez que j'ai laissé trois semaines la gouttière; j'insiste sur ce fait, car, moins on touche à une plaie, suivant moi, meilleur cela est.

Discussion sur l'érysipèle.

M. MARJOLIN. M. Verneuil a exposé sa doctrine dans la dernière séance. Il a voulu montrer que l'érysipèle et l'angioleucite étaient semblables. Je ne suis pas de cet avis. Je veux bien que l'état local et l'état général offrent une ressemblance, qu'il y ait des prodromes semblables; mais, entre la lymphangite franche et l'érysipèle, il y a une différence considérable. Il y a, certes, des lymphangites simples et des lymphangites graves. Un homme robuste, qui a une petite plaie, voit apparaître une rougeur sur le trajet d'un lymphatique, qui disparaît en peu de jours; mais s'il s'agit d'un ivrogne ou d'un individu qui est dans de mauvaises conditions, il y a une lymphangite grave, qui est due à une sorte d'empoisonnement. Dans ce cas,

il y a intoxication, et la maladie n'est plus la même, et cette variété seulement peut être comparée à l'érysipèle.

L'érysipèle avec sa malignité est une maladie spéciale dont nous ne savons pas la nature. Mais ce que nous savons, c'est qu'il est épidémique et contagieux. Ne voyons-nous pas des salles entières prises d'érysipèle quand un individu entre dansla salle, atteint d'un érysipèle? et les érysipèles ne s'arrêtent que quand l'on cesse d'opérer. Tous les recueils renferment des faits de contagion d'érysipèle. Le rapport de M. Larrey en a emprunté aux thèses de MM. Fenestre et H. Martin. Voit-on quelque chose de semblable pour la lymphangite? Qu'on me montre un élève qui ait gagné une lymphangite en soignant un camarade atteint de piqûre anatomique! L'érysipèle, au contraire, a été gagné souvent en soignant des érysipélateux.

Lorsqu'un érysipèle existe dans une salle, il faut s'abstenir de toute opération. M. Verneuil dit qu'il ne ferait, dans un cas pareil, que la chirurgie d'urgence. M. Després nie la contagion et l'épidémie. Il dit que nous reculons, que nous avons pris les idées anglaises; j'aime mieux cela que de rester stationnaire. M. Després dit encore qu'il s'est fait un jeu d'opérer pendant qu'il y avait deux érysipèles dans ses salles et que ses opérés n'ont pas eu d'érysipèle. Je crois que le principe de M. Després doit être repoussé. La Société de chirurgie, qui passe pour avoir la noble passion de ses malades, ne saurait admettre qu'il n'y a ni épidémicité, ni contagion; qu'il ne faut point modifier les hôpitaux, dont les salles sont mauvaises et favorisent les épidémies, et qu'il est inutile de prendre des précautions; qu'on peut enfin opérer dans toutes les conditions. Ce serait nuire aux doctrines qu'a défendues la Société, relativement à l'hygiène hospitalière.

M. PANAS. Je suis de l'avis de M. Verneuil. Il y a des lymphangites avec phénomènes généraux; il y a des poussées successives dans la lymphangite comme dans l'érysipèle. Sous ce rapport, je me rapproche de notre collègue; mais je diffère sur des points importants. Je ne crois pas que la suppuration soit moins fréquente dans l'érysipèle que dans l'angioleucite ou la lymphangite. Ici, la similitude n'est pas évidente, au contraire.

M. Verneuil admet quatre formes d'inflammation dans le système lymphatique. Les trois premières sont admissibles, mais la quatrième ne l'est pas. Je m'expliquerai tout à l'heure. Mais d'abord, ce n'est pas quatre formes qu'il faut établir; ce sont quatre siéges différents qu'il faut reconnaître. Le mal n'occupe-t-il pas des par-

ties différentes : ici un ganglion, là un tronc lymphatique, plus loin un réseau?

M. Verneuil ne pense pas que l'inflammation occupe les vaisseaux sanguins dans l'inflammation ordinaire; mais cela n'est pas l'opinion admise; et puisqu'il admet que dans l'érysipèle l'inflammation occupe les vaisseaux lymphatiques, je ne vois pas pourquoi il refuse aux vaisseaux capillaires sanguins la propriété de s'enflammer dans l'érysipèle.

M. Verneuil dit que l'altération des lymphatiques est fatale dans l'érysipèle. Oui, je le crois; il y a mélange de la lymphangite avec l'érysipèle. Mais l'érysipèle, c'est quelque chose de plus que l'angioleucite. Les vaisseaux lymphatiques sont sous l'épiderme et à la superficie du derme. Au-dessous des lymphatiques, il y a les capillaires sanguins. Si l'inflammation est sous l'épiderme, il y a lymphangite pure; si l'inflammation gagne au-dessous, nous avons l'érysipèle.

L'érysipèle envahit le derme dans le premier degré; il y a de la sérosité épanchée, de l'œdème, et ce bourrelet périphérique de l'érysipèle constitué par l'inflammation du derme; puis enfin il peut se former du pus dans la peau et sous la peau. Ce sont trois stades de la dermite : au premier, il y a lymphangite, mais dans les deux autres il y a autre chose. Il y a une dermite profonde, dont je vois une trace dans ce bourrelet périphérique de l'érysipèle. Je suis donc, on le voit, loin de confondre l'érysipèle avec la lymphangite. Il faut distinguer l'érysipèle de la lymphangite comme l'on distingue la pleuro-pneumonie de la pleurésie.

Dans les épidémies que nous observons, nous voyons, pour les malades dans de bonnes conditions, l'angioleucite; si les conditions des malades et du milieu sont mauvaises, l'inflammation devient l'érysipèle et même le phlegmon.

MM. Verneuil et Desprès disent tous deux que l'angioleucite et l'érysipèle sont une seule et même chose, qu'ils sont de même nature. Je veux bien qu'il y ait de grandcs analogies; mais, au point de vue clinique, il faut séparer les deux affections, car l'érysipèle est beaucoup plus grave. Je me place entre ceux qui font une distinction radicale et ceux qui font une confusion absolue dans les deux maladies. Pour moi, l'érysipèle n'est pas la lymphangite. Mais la lymphangite peut devenir un érysipèle. C'est alors qu'on voit de nouveaux caractères apparaître. La suppuration et la gangrène sont plus habituelles dans l'érysipèle que dans l'angioleucite.

L'érysipèle n'est pas une fièvre éruptive. On l'a déjà dit ici, il

n'a pas été démontré que la fièvre avait précédé de vingt-quatre à quarante-huit heures le début de l'érysipèle. L'érysipèle part d'une plaie; il n'a pas d'incubation. Au contraire des fièvres, il marche par poussées : tout indique une maladie de la peau.

Je crois à l'épidémicité et à la contagion, comme M. Verneuil. A un moment donné, sans que rien soit changé dans les habitudes d'un service, on voit les petites plaies et les grandes, les eczémas, les boutons compliqués d'érysipèle; cela dure parfois pendant trois et quatre mois. Il y a un génie épidémique évident. Ce fait même, que nous sommes obligés de ne point opérer dans nos salles lorsqu'il y a des érysipèles dans la salle, est encore une preuve importante.

M. SÉE. Je voudrais objecter à la théorie de M. Després, acceptée par M. Verneuil, un fait incontestable. Le bourrelet de l'érysipèle indique le point d'activité de l'érysipèle; il doit correspondre à ce que M. Després croit être l'oblitération des lymphatiques par de la lymphe coagulée. Comment se fait-il que ce soit juste de ce bourrelet que partent de nouvelles plaques érysipélateuses? La marche de l'érysipèle semble se faire du côté où devrait être l'oblitération.

Je dirai à M. Panas que la lymphangite réticulaire ne forme pas de réseaux, comme il semble l'admettre, ou, s'il y en a, ils existent dans les gros troncs, et je suis de l'avis de M. Verneuil. Au début, il est difficile de distinguer la lymphangite de l'érysipèle.

Je ne crois pas que l'étendue de l'inflammation en profondeur transforme une lymphangite en un érysipèle. L'érysipèle et la lymphangite réticulaire siégent à peu près dans les mêmes parties.

M. Panas dit que les conditions individuelles font la lymphangite ou l'érysipèle alternativement, suivant le caractère de l'épidémie du moment. Je ne crois pas que ce soit dû aux conditions individuelles des malades, je pense que les causes épidémiques viennent de l'extérieur; car, en temps d'épidémie, l'érysipèle prend les individus bien et mal portants. Il y a certaines épidémies qui se manifestent sans qu'il y ait rien à dire aux pansements.

L'érysipèle apparaît tantôt spontanément, tantôt parce que l'air ambiant renferme un principe septique, un miasme. Introduit d'abord dans la plaie, celui-ci cause une inflammation septique spéciale. Il y a inflammation, puis infiltration de la matière septique, qui gagne de proche en proche comme l'œdème qui suit la morsure de la vipère. Le mal s'arrête quand la matière septique a épuisé sa virulence en se mêlant aux liquides, ou parce qu'il y a au niveau de la plaie arrêt de la production de la matière septique.

A l'occasion de ces remarques, je citerai un fait d'érysipèle qui a guéri une syphilide grave. Chez un malade qui était atteint d'une syphilide pustulo crustacée douloureuse qui résistait au traitement mercuriel, un érysipèle est survenu; il a parcouru tout le corps. Cet érysipèle, après s'être terminé, avait fait disparaître l'éruption; ce n'est pas le traitement que j'ai fait pour l'érysipèle, un vomitif seulement, qui a pu guérir la syphilide.

M. DESPRÉS. M. Sée fait cheminer quelque part ses matières septiques, et, à part les vaisseaux, je ne vois pas quels canaux il peut concevoir pour les transporter.

M. TRÉLAT. M. Panas dit que la suppuration et la gangrène sont plus fréquentes dans l'érysipèle que dans la lymphangite. C'est une erreur, et je m'aperçois que M. Panas, comme M. Lefort, fait du phlegmon diffus un érysipèle. Non, l'érysipèle n'est pas normalement accompagné de suppuration dans le tissu cellulaire; le bourrelet périphérique de l'érysipèle n'est pas davantage une marque de l'inflammation profonde de la peau.

M. Panas nous fait dire aussi que M. Verneuil confond l'angioleucite et l'érysipèle. Nous ne les confondons pas, nous disons que dans l'angioleucite il y a une grosse part d'érysipèle, et réciproquement.

M. VERNEUIL. M. Marjolin invoque la contagion et l'épidémicité pour prouver que la lymphangite et l'érysipèle ne sont pas de même nature; mais, en temps d'épidémie, il y a autant de lymphangites que d'érysipèles. Quant à la contagion, M. Marjolin dit que l'on ne gagne pas une lymphangite en soignant un malade atteint de lymphangite; mais pour que l'expérience fût concluante, il aurait fallu que les gardes malades eussent une plaie, et cela n'a pas eu lieu. Il ne serait pas d'ailleurs prudent d'en faire l'essai.

On nous dit que la lymphangite n'est jamais grave; mais où a-t-on vu cela? Je réponds à nos contradicteurs par un seul mot : observez et vous verrez.

La lymphangite peut être contagieuse comme l'érysipèle, à certains moments. Il n'y a pas de différence à ce point de vue étiologique.

Je dirai à M. Panas que l'érysipèle est pour moi une variété de localisation de l'inflammation lymphatique dans les réseaux, que le bourrelet se produit à la partie tout à fait superficielle du derme, comme le bourrelet de la piqûre du cousin.

M. PANAS. Je maintiens que dans l'érysipèle il y a infiltration de pus ou de sérosité purulente dans le tissu cellulaire. Le bour-

relet est un œdème de la peau formé par des éléments gonflés; puis, après, le tissu cellulaire sous-cutané se gonfle et il y a de l'œdème.

M. MARJOLIN. Les traînées de la lymphangite ne ressemblent en rien aux plaques d'érysipèle.

L'érysipèle a un caractère tout à fait spécial. C'est en vertu d'un génie épidémique mauvais qu'il vient compliquer les opérations, suivre les opérés de lit en lit dans toute une salle. Les malades qui en sont atteints ont des phénomènes précurseurs, et, en particulier chez les enfants, il y a un vomissement prodromique.

L'érysipèle est tout à fait distinct de l'angioleucite. Vous voyez, dans un milieu infecté, des érysipèles apparaître et se transmettre par contagion. L'inflammation s'étend; elle se complique de collections purulentes diffuses; l'érysipèle saute d'un bras à l'autre...

MM. VERNEUIL et DESPRÉS. Jamais.

M. MARJOLIN. On ne voit pas d'épidémie de lymphangite, tandis qu'il y a des épidémies et des faits de contagion nombreux dans ces épidémies. Je prends à témoin le rapport de M. Larrey à l'Académie de médecine.

M. PAULET. La théorie de M. Després, soutenue par M. Verneuil, ne m'explique pas, par exemple, pourquoi des érysipèles s'arrêtent au pli de l'aine.

M. VERNEUIL. Je ne vois pas d'autre explication possible. En effet, les réseaux de l'abdomen, quoiqu'ils déversent à l'état physiologique la lymphe dans les ganglions de l'aine, communiquent avec les réseaux qui se rendent aux ganglions de l'aisselle.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 26 JUIN 1872.

Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux* ; — l'*Union médicale* ; — la *Gazette hebdomadaire* ; — la *Revue médicale de Toulouse* ; — le *Lyon médical* ; — le *Montpellier médical*.

M. VERNEUIL présente, au nom de M. le docteur Farabeuf, le premier fascicule de son *Précis de médecine opératoire*, comprenant les *ligatures des artères*.

M. PANAS présente, au nom de M. le docteur de Castro, une observation d'hématocèle supposée testiculaire, avec pièces à l'appui. Cette communication est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Cruveilhier, Sée et Panas, rapporteur.

A PROPOS DE LA CORRESPONDANCE

Staphylôme pellucide. — M. TRÉLAT dépose l'observation de staphylôme pellucide ayant trait au malade qu'il a présenté dans une des dernières séances.

R... (Alphonse), 24 ans, professeur de collége.

Homme grand, pâle, d'apparence un peu chétive, présentant au sommet du poumon droit quelques craquements humides. Il tousse un peu depuis un an.

Il a eu des maux d'yeux dans l'enfance ; n'en garde aucune trace, du reste (taie ou albugo). Pas de cicatrices ganglionnaires du cou.

A l'âge de 19 ans, sans que rien eût jusqu'alors attiré son attention de ce côté, il s'aperçoit que sa vue baisse insensiblement, et plus de l'œil droit que du gauche. Il se croyait simplement myope ; les médecins qu'il consulta à cette époque en jugèrent de même. Cet affaiblissement de la vue présentait cependant quelque chose

de particulier : lorsque le malade commençait à lire, il pouvait d'abord tenir le livre à une distance moyenne, puis peu à peu il était obligé de le rapprocher toujours plus de l'œil; au bout d'une demi-heure, la vue devenait tout à fait trouble et la lecture impossible.

Les deux yeux étaient très-sensibles à la lumière.

Cet état dura pendant deux ans.

Au bout de ce temps, M. Gaget (de Lyon) constate du côté droit l'existence d'un staphylôme pellucide de la cornée ; à gauche, il n'y avait pas de lésion appréciable, il semblait que, de ce côté, il n'y avait que de la myopie.

M. Gaget propose au malade de lui faire sur la cornée droite une cautérisation avec un crayon de nitrate d'argent.

Le malade s'y refuse, et vient à Paris, où il consulte successivement plusieurs oculistes, qui, tous, sont d'avis que le mal est incurable. Il retourne alors en province, et M. Vibert (de Puy-en-Velay) tente, au moyen d'une compression, d'obtenir une diminution de la convexité cornéenne.

Aucun résultat avantageux n'est obtenu ; c'est alors (un an environ avant son entrée à la Charité) que le malade, impatienté, se donne lui-même et avec intention un coup de pouce sur l'œil, pressant fortement sur le globe pendant quelques minutes.

Une violente inflammation succède à cette manœuvre; il est difficile, d'après les souvenirs seuls du malade, d'en suivre les diverses phases, toujours est-il qu'au bout d'un mois environ, les phénomènes aigus étaient apaisés, la convexité de la cornée avait diminué, la vision était considérablement améliorée; le malade se considère comme guéri de l'œil droit.

Mais pendant ce temps, l'altération de l'œil gauche avait été s'accentuant tous les jours davantage. Le malade fait remonter à un an environ avant son entrée à la Charité l'affaiblissement marqué de la vision de ce côté.

Vers la fin de 1871 et dans les deux premiers mois de 1872, il entra successivement dans les services de M. Maisonneuve et de M. Cusco, à l'Hôtel-Dieu; ils essayèrent l'un et l'autre une compression douce prolongée sur l'œil gauche.

Son état ne s'améliorant pas, le malade quitte l'Hôtel-Dieu et se présente à la Charité au mois de mars 1872; il est admis dans le service de M. Trélat.

État du malade à son entrée. — En examinant les deux yeux, on

est frappé tout d'abord, surtout en les regardant de côté, de la convexité exagérée des cornées; elle est, du reste, sensiblement plus marquée à gauche qu'à droite.

On n'aperçoit à l'œil nu, ni d'un côté ni de l'autre, aucune opacité du tissu cornéen. A l'éclairage oblique, la cornée gauche ne présente aucune altération; celle de droite offre, au sommet de sa courbure, un petite tache d'une très-faible épaisseur, à peine opaque, que l'on ne distingue pas sans une certaine attention.

L'œil droit n'a pas une acuité visuelle normale; le malade ne peut lire qu'en tenant la feuille qu'on lui présente à une distance de 15 centimètres environ.

L'œil gauche est atteint à un bien plus haut degré; de ce côté, les caractères d'imprimerie ne peuvent être distingués que si le livre est littéralement appliqué contre l'arcade sourcillière, chaque mot étant pour ainsi dire successivement placé en face de l'œil. A distance, les objets ne sont vus que comme à travers un brouillard, ou à travers une vitre un peu troublée; ils apparaissent de plus comme entourés d'auréoles colorées. La vision est plus nette en plein soleil qu'à l'ombre.

La vision binoculaire est très-insuffisante, à vingt pas le malade ne distingue pas un homme d'une femme.

Aucune souffrance.

Aucune altération du fond de l'œil à l'examen ophthalmoscopique.

A la pression, à travers la paupière, le globe de l'œil gauche paraît sensiblement plus mou que le droit.

18-26 mars. — Compression méthodique assez énergique au moyen d'un tampon de ouate et d'une bande de flanelle.

Ce traitement suffit pour amener une amélioration légère. Au moment où l'on cesse la compression, le malade peut lire à une distance de 5 centimètres. Il connaît, du reste, tellement bien l'avantage de la compression, qu'il la produit lui-même en pressant directement sur l'œil, au moyen d'une pièce de monnaie, placée entre deux linges, qu'il maintient assez fortement appuyée sur le globe. L'amélioration ainsi obtenue n'est, au reste, que passagère.

27 mars. — M. Trélat veut tenter une guérison radicale en pratiquant l'opération proposée et exécutée pour la première fois par De Græfe. (Créer un ulcère artificiel dans un point périphérique de la cornée, en faciliter la cicatrisation, et, grâce à la coarctation qui accompagne ce travail de réparation, obtenir une diminution de la convexité de la cornée.)

L'opération fut pratiquée le 27 mars.

Avec un couteau de De Græfe, M. Trélat taille dans l'épaisseur de la cornée, sur son segment inférieur et externe, un véritable petit copeau de 2 millimètres de long et d'un demi-millimètre de large. L'œil était maintenu immobile au moyen d'une pince fixatrice. Il fallut déployer une certaine force, et promener le couteau à plusieurs reprises, en *sciant* sur le point désigné pour parvenir à entamer le tissu cornéen. Le malade ne ressentit, du reste, aucune douleur.

28 mars. — Le lendemain 28 mars, la petite perte de substance fut touchée avec un crayon de nitrate d'argent pointu maintenu en place pendant quelques secondes.

On appliqua sur l'œil le pansement ordinairement employé par M. Trélat à la suite d'opérations sur les yeux (linge glycériné, tampon de ouate et bande de flanelle).

Quelques gouttes d'un collyre de borax :

Borax....................	*Vingt* centigr.
Eau....................	*Vingt* grammes.

29 mars au 3 avril.— La première opération n'avait provoqué aucune réaction. Celle-ci fut intense à la suite de la cautérisation. Une violente inflammation s'empare de la cornée et de la conjonctive. Douleurs péri-orbitaires vives et avec sensation pénible de chaleur à l'œil. Photophobie extrême. Insomnie.

L'œil peut à peine être exploré, le malade contractant fortement la paupière et refusant de se prêter à l'examen. On aperçoit cependant une ligne blanche correspondant au point cautérisé. L'œil entier est très-rouge. Pas de changement de couleur de l'iris.

Calomel, 20 centigr. en 20 paquets;

Pommade de belladone autour de la base de l'orbite;

Collyre atropine..............	*Quinze* centigr.
Eau........................	*Trente* grammes.

4 au 6 avril. — Les souffrances diminuent. Il y a eu un peu de sommeil. Le jour, la douleur cesse pour reparaître la nuit, sourde, mais suffisante pour réveiller le malade et troubler son repos. Elle siége surtout à la tempe, autour de l'orbite , au niveau des dents.

La conjonctive est toujours injectée. La pupille se dilate bien. La cornée reste transparente, à l'exception du point cautérisé. A

ce niveau, on aperçoit une petite eschare qui commence à se détacher sur les bords. — Collyre atropine.

9 au 13 avril.— Les souffrances disparaissent omplétement. Il ne reste plus qu'une photophobie assez vive.

L'eschare commence à se détacher d'une façon très-nette dans la moitié supérieure et externe de l'ulcération; au bord externe de cette dernière vint aboutir un pinceau de vaisseaux de formation nouvelle.

16 avril. — L'œil est encore rouge. La photophobie diminue.

Les parties superficielles de l'ulcère sont complétement détergées. Profondément, dans l'épaisseur du tissu cornéen, qui forme le fond de l'ulcération, on aperçoit une infiltration plastique grisâtre. On voit toujours plus nettement la vascularisation du bord externe de l'ulcère.

20 avril au 10 mai.—Pas de changement notable dans l'état local; la photophobie ne paraît pas diminuer; l'œil reste un peu injecté; le fond de l'ulcère reste gris.

Le malade devient insupportable, d'humeur acariâtre. Il demeure la journée entière étendu dans son lit, n'ouvrant la bouche que pour se plaindre. Comptant sur une amélioration plus prompte, et persuadé qu'il n'est pas en voie de guérison, il veut se traiter à sa façon, et exerce sur son œil, avec le poing fermé, une compression nuisible. Il se refuse à quitter son bandeau par crainte de la lumière, ne veut pas se lever, mange à peine, dort mal.

11 mai. — On exige du malade qu'il cesse toute compression sur l'œil, et on l'engage à se rendre compte de l'état de sa vision.

L'amélioration est très-sensible. La lecture est devenue possible à une distance de 15 à 20 centimètres. La convexité de la cornée a d'ailleurs sensiblement diminué.

L'ulcère n'est cependant pas encore entièrement cicatrisé; le fond est grisâtre et semble opaque. Examiné à la loupe de Brucke, il apparaît transparent. On distingue bien, avec le même instrument, un élégant réseau de vaisseaux qui bordent son bord externe. A l'éclairage oblique, il présente une teinte légèrement brunâtre.

A partir de ce jour, l'état général du malade s'améliore graduellement. Il reprend l'appétit, se promène tous les jours et redevient sociable.

La cicatrisation de l'ulcère tarde cependant à se compléter, et le malade demande à quitter l'hôpital avant qu'elle soit complétement achevée. Il en reste une trace mince et très-étroite (5 juin).

L'acuité de la vision est déterminée le jour de la sortie du malade.

Vision de près (lecture) :

Les caractères de l'échelle de Jager (nº III) sont lus à une distance de 15 à 16 centimètres (œil gauche opéré) ; 10 centimètres (œil droit).

Nos IV et V, à 20 centimètres (œil gauche); à 15 centimètres (œil droit).

L'œil gauche, l'œil opéré, a donc un degré d'acuité visuelle un peu plus élevé que le droit.

Vision à distance. L'amélioration est très-importante. Le malade voit suffisamment pour se conduire, mais à une distance de vingt pas il distingue mal les objets qu'on lui présente et ne peut en déterminer la nature.

La convexité de la cornée gauche est sensiblement moindre. La diminution peut être évaluée à un tiers environ de la hauteur de la courbe. Il est probable que ce progrès ira en s'accentuant encore à mesure que la cicatrisation de l'ulcère s'achèvera. En somme, l'opération a donné une amélioration matérielle et fonctionnelle incontestable.

DÉCLARATION DE VACANCE

M. LE PRÉSIDENT annonce qu'une place de membre titulaire est déclarée vacante.

COMMUNICATION

Hôpitaux flottants. — M. ROCHARD lit une nouvelle note et communique des plans relatifs à la construction d'un hôpital flottant. (Renvoyé à la commission déjà nommée.)

Discussion sur l'érysipèle.

M. GIRALDÈS. Après ce qu'ont dit ici nos collègues, je crains de répéter des théories et des faits déjà approfondis ; mais l'érysipèle est tellement important à bien connaître, qu'on ne saurait trop le discuter.

Deux points feront l'objet de mon discours : l'identité de l'érysipèle et de l'angioleucite, acceptée par les uns et repoussée par les autres ; puis l'épidémicité et la contagion de l'érysipèle.

L'anatomie et la clinique permettent-elles d'affirmer quel est le siége de l'érysipèle? Les uns ont dit que la nature des vaisseaux qui constituent le réseau capillaire lymphatique est incompatible avec la théorie de l'inflammation, parce que les capillaires lymphatiques n'offrent qu'une paroi épithéliale. Mais cela n'est point démontré; les réseaux connus par Fohmann, Bonamy sont des réseaux qui ne sont pas dépourvus de vaisseaux capillaires sanguins. Mais, objecte-t-on, il y a des recherches plus modernes sur les réseaux lymphatiques; oui, mais elles portent sur les vaisseaux lymphatiques des viscères et point sur les vaisseaux de la peau.

Les assertions de Virchow et de Donders relatives à l'origine des lymphatiques dans les corpuscules du tissu cellulaire sont une conjecture. L'absence de vaisseaux et la circulation de la lymphe dans des lacunes de la couche de Malpighi sont une autre hypothèse. Enfin, la supposition de Reckllghausen que le capillaire est une simple paroi épithéliale, n'est pas prouvée pour les lymphatiques cutanés. On ne sait pas si les lymphatiques communiquent avec les vaisseaux sanguins. Mais, à supposer même que les parois des vaisseaux soient composées exclusivement d'épithélium, on ne saurait refuser que l'inflammation puisse y exister, puisqu'elle existe dans la cornée. L'inflammation érysipélateuse est acceptable au point de vue anatomique.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, il y a peu de chose de certain. M. Bastien a vu des coagulations dans les capillaires sanguins et au niveau des points atteints d'érysipèle. D'autres ont constaté dans le foie des altérations voisines de celle qu'on rencontre dans la septicémie, aussi bien pour l'érysipèle que pour l'angioleucite.

Cliniquement, il faut dire que, dans beaucoup de cas, il est fort difficile de distinguer certains érysipèles des angioleucites; cela, je l'accorde. On ne peut pas poser de limites précises entre les deux affections dans certaines conditions. Mais dans les cas simples, la différence est très-tranchée.

L'angioleucite survenant à la suite d'une écorchure enflammée ou dans laquelle un produit septique a été introduit, a les caractères d'une inflammation des vaisseaux, et elle disparaît vite par le repos.

Les plaques d'érysipèle simple qui se développent aux membres, par exemple, peuvent se présenter sous forme de plaques qui s'éteignent sur place ou qui marchent de haut en bas ou de bas en haut. Elles ne peuvent être arrêtées par aucun traitement local, et

je me rappelle encore les désillusions de Velpeau à l'endroit du sulfate de fer, auquel il avait attribué la propriété d'arrêter l'érysipèle.

L'angioleucite a une cause tangible, la plaie enflammée; l'érysipèle, au contraire, reconnaît des causes cosmiques : les mauvaises conditions dans une salle font développer la tendance aux érysipèles. Autrefois, il y avait à la Charité, dans la salle Sainte-Catherine, un coin où il y avait des érysipèles; c'était dans une partie du bâtiment où passaient des conduites de fosses d'aisances. On est forcé d'admettre une cause générale aux érysipèles, une cause septique, quelque chose d'analogue à une intoxication.

L'érysipèle offre au début une élévation considérable de la température, même dans les cas simples, et l'angioleucite n'offre cette particularité que lorsqu'elle est grave; il y a un état saburral grave dans l'érysipèle.

M. Verneuil dit que les ganglions sont engorgés dans l'angioleucite et dans l'érysipèle; ceci indique que l'inflammation occupe le même ordre de vaisseaux. L'engorgement précurseur des glandes lymphatiques, dans l'érysipèle, a été indiqué par Pierre Franck; mais il a aussi été indiqué pour la rougeole et la scarlatine. Il y a donc dans ces fièvres éruptives des angioleucites particulières, et il faudrait alors faire des séries de formes angioleuciques et érysipélateuses, telles que forme variolique, forme rubéolique.

En résumé, d'après l'examen clinique, on peut dire que les formes simples de l'angioleucite et de l'érysipèle sont nettement distinctes. Dans les formes graves, la distinction est plus difficile. Lorsque l'érysipèle est dû à l'introduction d'une matière septique, il y a quelque chose qui existe dans les vaisseaux lymphatiques, les réseaux et les troncs des lymphatiques. Les matériaux circulent-ils dans les lymphatiques? On peut le supposer, puisque, dans les injections hydrotomiques, on voit les liquides injecter les vaisseaux lymphatiques. Le liquide passe par exosmose ou passe directement, cela est certain. Les matières septiques semblent donc cheminer dans les lymphatiques.

Les épidémies, que nie l'un des orateurs qui ont parlé dans cette discussion, sont réelles; il y a des épidémies connues dans l'histoire, il y a des faits probants. Aussi, je pense qu'il ne faut pas être téméraire au point de dire : Je me moque des épidémies, et j'opère quand il y a des érysipèles dans mes salles. Toutefois, il est bon de dire qu'il n'y a pas de démonstration rigoureuse. Si nous voyons quelque chose d'analogue à ce qui se passe pour la rou-

geole dans nos salles d'enfants, nous serons hien ohligés de reconnaître que l'érysipèle est épidémique et surtout contagieux. On apporte un enfant atteint de rougeole, et quelques jours après nous voyons se succéder dans nos salles des rougeoles. Si l'érysipèle se produit de la même façon, nous sommes hien ohligés de reconnaître qu'il est contagieux. Des hommes les plus recommandables croient à la contagion. Ericksen dit : Dans mon service, à University-College, il n'y avait pas eu d'érysipèle. Un malade entre avec un érysipèle gangréneux; tous mes malades sont pris. Camphell de Morgan, à l'hôpital de Middlesex, a vu la même chose. Good-Fellow a dit avoir vu des faits semhlahles. En France, on a vu les mêmes choses. On peut donc dire que, dans l'Ancien et dans le Nouveau-Monde même, l'érysipèle peut acquérir la fonction contagieuse.

Maintenant, l'érysipèle est-il infectieux? Il n'y a pas de preuves ahsolues, je le sais. Quoi qu'il en soit, on est d'accord sur ce point, qu'il ne faut pas transporter les linges à pansement d'un malade atteint d'érysipèle sur un hlessé.

En somme, l'érysipèle et l'angioleucite sont deux maladies qui peuvent se mêler. La forme gangréneuse est une transformation qui est en relation avec un état général grave, car il faut hien tenir compte du sujet chez lequel se développe l'érysipèle. Néanmoins l'érysipèle grave, au moins, reconnaît une cause générale, une cause cosmique, et est le résultat d'une intoxication.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Abcès périprostatique et péri-uréthral. — M. DUBRUEIL.
Il s'agit d'un malade âgé de 42 ans, mort par infection purulente.

Ce malade est entré dans les salles pour une rétention d'urine qui, ayant commencé trois jours auparavant, était devenue ahsolue la veille.

Il nous raconta qu'il avait eu deux hlennorrhagies, l'une à l'âge de 22 ans, l'autre à 38 ans.

Il les considérait toutes les deux comme ayant été hien guéries; mais un interrogatoire attentif démontra qu'il avait conservé une hlennorrhée à la suite de la dernière.

Le cathétérisme fut immédiatement pratiqué et la sonde arrêtée hrusquement à la partie postérieure de la région memhraneuse. Une pression légère avec la sonde détermina l'issue d'une cer-

taine quantité de pus accompagnée de la sensation d'une résistance vaincue; l'instrument pénétra dans la vessie et l'urine put être évacuée.

Le toucher rectal démontra l'existence d'une collection purulente en avant du rectum. Le cathétérisme fut continué, et toujours donna issue à du pus au moment où la sonde allait entrer dans la vessie.

Le surlendemain, j'incisai, par le rectum, la collection purulente qui pointait du côté de cet intestin, et dès lors il s'établit une communication entre le rectum et l'urèthre. Le malade ne tarda pas à présenter des phénomènes d'infection purulente, et succomba cinq jours après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie démontra l'existence d'une grande poche purulente entamant la portion membraneuse de l'urèthre, dont la paroi inférieure était presque complétement détruite et s'ouvrait aussi dans le rectum.

Il y avait des abcès métastatiques dans le poumon et dans le foie.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire : Armand Desprès.

SÉANCE DU 3 JUILLET 1872.

Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux;* — l'*Union médicale;* — la *Gazette hebdomadaire;* — le *Bulletin général de thérapeutique;* — les *Archives; générales de médecine;* — le *Bordeaux médical;* — le *Bulletin médical*

du Nord de la France; — le *Marseille médical;* — *The medical investigator.*

M. le professeur Vanzetti (de Padoue), membre associé étranger de la Société de chirurgie, nous adresse un exemplaire en italien d'un ouvrage intitulé : *Intorno all' onichia maligna.*

M. TARNIER, au nom de M. Chassagny (de Lyon), présente un ouvrage intitulé : *Méthode des tractions soutenues.* Sur sa demande, M. Chassagny est inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

M. LARREY présente, au nom de M. Béranger-Féraud, membre correspondant national, un ouvrage manuscrit intitulé : *Note sur une modification du traitement chirurgical des abcès du foie; luxation ilio-pubienne irréductible,* par M. le professeur Simonin (de Nancy). — *Étude sur les hôpitaux-baraques,* par F. Jeager et E. Sabouraud.

M. REVILLOUT, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, remet, de la part de M. le docteur Deharme (de Chatou), une observation d'érysipèle contagieux transmis à divers membres d'une même famille. (Renvoyé à une commission composée de MM. Cruveilhier, Panas, Sée.)

Discussion sur l'érysipèle.

M. A. DESPRÉS. Je désire répondre quelques mots au sujet des argumentations de MM. Le Fort, Trélat et Sée, et revenir encore sur l'épidémicité et la contagiosité de l'érysipèle. Je serai aussi bref que possible.

M. Sée, messieurs, a objecté à la théorie que j'ai proposée et que M. Verneuil a soutenue, cet argument que l'érysipèle se propagerait du côté où se trouve le bourrelet que je considérerais comme le résultat de la coagulation de la lymphe dans les capillaires lymphatiques, et que ce fait serait contraire à la théorie. Nous grossissons volontiers, messieurs, les faits dont nous voulons nous servir pour les besoins de notre cause. M. Sée, pour les besoins de son argumentation, a fait du bourrelet périphérique de l'érysipèle une chose tout à fait hors de proportion avec la réalité. Le bourrelet n'existe pas dans tous les érysipèles, et dans un érysipèle ambulant qui le présente, il ne se reproduit pas autour de chaque nouvelle plaque. Ce bourrelet, d'ailleurs, n'est point continu; il présente des lacunes, et c'est par là que la lymphe viciée force l'obstacle et passe pour aller au delà du bourrelet.

Notre discussion, depuis son origine, a dans maint discours affirmé la gravité de l'érysipèle. M. Le Fort a dit que la mortalité de 35 sur 63, qui est la statistique de Velpeau en 1861, à la Charité, et que j'ai discutée dans mon *Traité de l'érysipèle*, est excessive ; mais il cite un fait de sa pratique : un érysipèle devenu mortel à la suite de l'ablation d'une tumeur adénoïde du sein. Tous les autres orateurs, ou presque tous, ont exprimé l'idée de la gravité des érysipèles des opérés, au point de proscrire les opérations plutôt que d'exposer les malades aux érysipèles. On a fait de l'érysipèle un fantôme, une espèce de mauvais génie des plus redoutables.

Messieurs, avant toute chose, je dois rectifier une erreur que pourrait accréditer le discours de M. Le Fort touchant la mortalité consignée dans mon livre. La mort, dans les 35 cas, n'était pas le fait de l'érysipèle seul. 2 malades avaient une fracture du crâne, 1 une infection urineuse, 2 sont morts de pneumonie et 2 de phlegmons après guérison de l'érysipèle. 14 fois les malades avaient de l'infection purulente en même temps que l'érysipèle.

M. LE FORT. Il y a dans le livre de M. Després : sur 63 érysipèles, nous avons 35 morts ; je m'en suis rapporté à ce qui était écrit.

M. DESPRÉS. Oui, mais il y a les observations, et M. Le Fort aurait pu y trouver que les malades n'avaient pas seulement un érysipèle ; une fracture du crâne, une infiltration urineuse, de vastes décollements de phlegmons diffus existaient en même temps que l'érysipèle, et on ne peut pas dire que les malades sont morts d'érysipèles, pas plus qu'on ne pourrait dire que des malades atteints de pneumonie et de coriza sont morts de coryza. Malgré cela, je reconnais que la mortalité des opérés de Velpeau a été considérable, et que l'érysipèle a été nombre de fois le compagnon de l'infection purulente. J'ai dit, dans mon précédent discours, à quoi cela tenait. Velpeau a opéré plus d'un malade dans de très-mauvaises conditions, des malades qui n'étaient pas préparés et des femmes qui avaient des cancers du sein adhérents à la poitrine.

L'érysipèle, lorsqu'il est seul, n'est pas grave, même lorsqu'on considère les observations de Velpeau consignées dans mon livre, et si M. Trélat a pu dire : nous ne connaissons pas de mortalité pareille à celle qui est relatée dans le livre de M. Després, moi, je ne connais pas, pour ma part, d'érysipèle mortel après l'ablation de kyste sébacé ou d'une petite tumeur adénoïde du sein. Quand les malades sont opérés dans de bonnes conditions, l'érysipèle qui leur arrive n'est pas grave.

Je voudrais aussi faire une remarque sur la nature de l'érysipèle,

telle que la conçoivent M. Trélat et M. Verneuil. Tous deux disent que l'érysipèle est une intoxication, une toxémie. Pourquoi donc remplacer le mot d'inflammation par un terme plus vague encore : l'intoxication? Si c'est parce qu'on ne croit pas pouvoir définir l'inflammation que l'on prend le terme intoxication, qu'on définisse l'intoxication. Mais d'ailleurs, est-ce que l'inflammation elle-même n'est pas une intoxication; le panaris, le phlegmon, causés par une plaie faite avec un instrument sale, est-ce qu'ils ne sont pas des intoxications locales? Voyez où nous mène le terme vague d'intoxication! On peut bien accorder, cependant, qu'il y a toxémie dans certains cas, mais c'est seulement après le phénomène inflammatoire, plus ou moins fugace; mais on ne peut pas aller au delà.

La discussion, jusqu'ici, messieurs, en fait d'épidémicité, n'a produit que des affirmations; presque tous les orateurs ont parlé d'un génie épidémique, de salles indemnes un moment, puis infestées tout à coup d'érysipèle, et sans qu'on sache pourquoi. Dégagée de tout esprit préconçu, cette manière d'envisager les choses est de l'astrologie.

Notre science est encombrée de banalités; de ce que l'on observe une maladie un peu plus souvent dans certains moments, on dit banalement qu'il y a une épidémie. A suivre un pareil système, on arriverait à trouver que toutes les maladies sont épidémiques. En ce moment, vous voyez tous des panaris en plus grand nombre que ce printemps. Il y a huit jours, il y avait des fluxions dentaires dans mon service, et j'en avais une moi-même. Était-ce une épidémie? Pourquoi aller si loin chercher la raison de l'augmentation des érysipèles dans certains moments? M. Verneuil et M. Trélat accordent que l'influence du froid cause des érysipèles. Eh bien, quoi de surprenant qu'il y ait plus d'érysipèles quand il fait froid, quand le temps varie? la logique repousse l'épidémicité dans une pareille occurence. Et les érysipèles sont aussi explicables aux temps froids qu'il est explicable qu'en temps de pluie il y ait plus de gens qui aient les pieds mouillés que par le temps sec.

M. Gosselin est revenu un peu de ses anciennes idées; il dit que pendant sept ans il a vu à peu près le même nombre d'érysipèles chaque mois, que les érysipèles opératoires ont été observés dans les mêmes proportions : dans mon livre sur l'érysipèle, j'avais déjà affirmé ce fait à l'aide des observations. M. Le Fort a dit qu'il n'avait pas eu d'érysipèle à l'hôpital Cochin, dans la salle des hommes. Peut-être a-t-il vu des angioleucites.

M. LE FORT. J'ai eu des angioleucites des vaisseaux, mais pas d'angioleucites en plaques, que M. Desprès appelle des érysipèles.

M. DESPRÈS. M. Le Fort a été favorisé, c'est une exception ; mais il a eu des érysipèles dans sa salle de femmes. Je n'hésiste pas à croire que cela tient aux traumatismes qu'il a observés et aux opérations. S'il a eu peu de plaies et seulement des fractures dans sa salle d'hommes, tout s'explique ; mais il faudrait, d'ailleurs, avoir la statistique des blessures observées à Cochin. Car, il faut bien le dire, s'il y a eu beaucoup d'érysipèles à la Charité en 1861, il est juste d'ajouter que Velpeau opérait plus qu'on n'opère dans nos services. Et pour ne prendre qu'un exemple : quel est celui de nous qui, à l'hôpital, enlève quatorze tumeurs du sein dans une année ? Velpeau a eu 4 érysipèles sur 14 opérés. Le nombre des érysipèles est en rapport avec les opérations et les plaies dans tous nos services, je n'ai pas besoin de le répéter.

Mais je veux aller plus loin. La Ville de Paris nous envoie une statistique de la mortalité en ville et dans les hôpitaux : j'ai là des chiffres ; ils montrent que toutes les semaines, en ville et dans les hôpitaux, il y a un nombre à peu près égal de décès par érysipèle. Ces décès sont en proportion du nombre des individus atteints ; et l'on peut raisonner d'après le chiffre des décès. En 1870, les oscillations des érysipèles suivent la pneumonie et la bronchite, les variations sont peu accentuées, et je note encore, entre parenthèses, que pendant le siége, au moment où il y avait des blessés de guerre de Champigny et de Buzenval, il n'y a pas d'accroissement des érysipèles. Pendant le siége, l'érysipèle augmente comme la pneumonie ; après, il diminue toujours comme les autres inflammations, et en 1872, la population ayant atteint son chiffre ancien, l'érysipèle augmente ; mais ce sont toujours des oscillations, de semaine en semaine, peu variables, du chiffre 3 au chiffre 8. Toutes les semaines, il y a des érysipèles suivis de mort. Je concède que ces chiffres n'ont point une rigueur absolue, qu'ils ne représentent pas tous les faits ; mais ce sont des chiffres, et cela est encore plus précis que les affirmations d'un médecin, quelle que soit son autorité dans la science. J'ouvre ici une parenthèse pour dire que la fièvre puerpérale, que l'on a cherché à mettre en relation avec les érysipèles, est aussi marquée dans la statistique municipale comme une maladie existant chaque semaine, en ville et dans les hôpitaux, en nombre peu variable ; il y a toujours de la fièvre puerpérale à Paris. M. Verneuil a dit aussi qu'il avait vu à Lourcine des moments où l'érysipèle était épidémique dans ses salles. Moi aussi

j'ai été à Lourcine six ans, et j'ai eu tous les ans un certain nombre d'érysipèles : 4, 5, 4, 3 ; une seule année, j'en ai eu 9, mais il y en a eu 3 à la fois, dont deux le même jour, situés vis-à-vis l'un de l'autre et très-loin d'un érysipèle développé peu de jours avant. C'étaient deux érysipèles du même courant d'air. Tous les érysipèles étaient à la face, sauf un, et je me hâte de dire, au point de vue de la contagion, que pendant aucune année les érysipèles n'ont été dans une seule salle. A quelques jours ou à des mois de distance, il y en avait alternativement ou simultanément dans mes deux salles.

La contagion de l'érysipèle ne se tient pas devant la doctrine. L'érysipèle, l'angioleucite, l'adénite, sont des inflammations de même nature, de même essence, M. Verneuil l'accorde, et il a fait à mon sens une trop grande concession à M. Marjolin en admettant que la lymphangite pouvait être contagieuse.

M. VERNEUIL. Il y a un malentendu ; j'ai concédé à M. Marjolin que la lymphangite était épidémique.

M. DESPRÉS. M. Verneuil et moi, nous admettons que l'érysipèle, la lymphangite et l'adénite sont de même nature. Il ne faudrait pas se contredire soi-même ; car si l'érysipèle est contagieux, il faut que la lymphangite et l'adénite le soient, et cela n'est ni possible ni réel.

M. Verneuil, qui a apprécié avec une grande justesse les érysipèles précoces par auto-inoculation, n'a qu'un pas à faire pour rejeter la contagion, car lorsqu'un érysipèle se développe le 6e, 7e, 8e ou 9e jour autour d'une plaie en suppuration, c'est encore un érysipèle par auto-inoculation. Qu'est-il besoin qu'un malade prenne un virus ou un miasme à son voisin de lit, quand il a tout ce qu'il faut dans sa propre plaie pour qu'un érysipèle se produise ?

Nos collègues ont dit avoir lu et avoir vu les faits suivants, qu'ils appuient de leur autorité, ou de celle d'Érichsen par exemple. Pas d'érysipèle dans une salle ; un malade atteint d'érysipèle entre, toute la salle est prise successivement d'érysipèle ; on est obligé de cesser les opérations.

En présence de telles affirmations, je ne puis m'empêcher de demander à nos collègues de citer les faits qu'ils ont vus, de nous donner des chiffres et des notes, à défaut d'observation, afin que je puisse discuter ces cas extraordinaires. Comment, je cite les faits de mon service, rien de cela n'a été observé par moi ! J'opère pendant qu'il y a des érysipèles dans mes salles, et je n'ai point plus

d'érysipèles que dans d'autres circonstances, et quand j'en ai, je saisis la cause immédiate de l'érysipèle. Montrez donc vos faits.

Dernièrement (il n'y avait pas d'érysipèle à l'hôpital), j'opère un ectropion. Le 5e jour, le malade se lève, va dans les cours; il a un érysipèle, qui a guéri, d'ailleurs, un érysipèle causé par le froid. Le matin, le malade avait bien déjeuné; à 2 heures, il est pris d'un frisson, et l'érysipèle existait le lendemain. J'ai deux autres opérés dans la salle, aucun n'a pris l'érysipèle; et comme pour enraciner chez moi l'opposition à la contagion, une malade, à la salle des femmes, convalescente de l'ablation d'un cancroïde de la face, prend un érysipèle cinq jours après le premier malade, et en même temps une autre malade, opérée, a une menace d'érysipèle. Là encore je saisis la cause de l'érysipèle, et, ici, je dirai à M. Le Fort quelle est la raison probable des érysipèles à la salle des femmes de Cochin. Les religieuses et les gens de service ont depuis des années l'habitude d'ouvrir les fenêtres à 5 heures du matin, en tout temps. Ma malade avait été réveillée par le froid le jour où son érysipèle a débuté. Sans vouloir aller trop loin, je ne puis m'empêcher de dire qu'un pareil régime de ventilation ne serait pas toujours innocent, même pour des gens sains.

Comment donc, messieurs, se fait-il que des épidémies de contagion ne se soient jamais offertes à mon observation? Est-ce qu'il faut une tournure d'esprit spéciale pour les voir? Est-ce qu'il y a aussi une aptitude pour recevoir l'impression de certains faits mal définis? En est-il de même que pour ces miracles modernes qui ne se manifestent point à ceux qui les pourraient ou les voudraient le mieux appprécier, et qui ont lieu à Lourdes, et point devant un archevêque?

A entendre ce qui a été dit ici du génie épidémique contagieux de l'érysipèle, de ces érysipèles qui arrivent sans qu'on sache pourquoi, on se demande ce qu'il faut penser de notre logique. Nous voyons des érysipèles naître brusquement, et leur origine inflammatoire est incontestable; ceci est dans notre observation journalière, et malgré cela l'on dit : il y a un génie épidémique et contagieux érysipélateux. Mais savez-vous quelle est la conclusion de cette théorie? la voilà. Si l'érysipèle est une maladie indéfinie et naît en vertu d'un génie épidémique qu'on ne connaît pas, il n'y a qu'un moyen de le conjurer. Rayez de la thérapeutique l'amélioration des salles d'hôpitaux, l'hygiène du blessé et les pansements habiles, et inscrivez dans la prophylaxie de l'érysipèle, les reliques, les amulettes ou les fétiches. Pour moi et pour ceux qui ne croient

ni à l'épidémicité ni à la contagion, votre génie épidémique, c'est un écart d'hygiène du blessé, un pansement mal fait, un défaut de précautions; et nous aurons encore la témérité d'opérer quand il y a des érysipèles dans les salles, parce que nous savons qu'en préparant bien le blessé à une opération, et qu'en ne négligeant aucun des soins capables d'empêcher l'inflammation des plaies, nos malades n'auront point d'érysipèle, ou que si l'érysipèle arrive, il ne compromettra pas la vie des malades.

M. MARJOLIN. J'ai dit que presque toute une salle était prise d'érysipèle et qu'on pouvait suivre de proche en proche, de lit en lit, les érysipèles, comme M. Verneuil l'a dit de son côté.

M. FORGET lit le discours suivant :

Messieurs, il est peut-être téméraire à moi d'espérer trouver encore l'oreille de la Société. Toutefois, décidé à ne traiter aucun point de détail et à me renfermer exclusivement dans ce qui a trait à l'étiologie de l'érysipèle et à la contagion, je réclame votre attention, dont je n'abuserai pas.

Dans la séance du 24 avril, M. Verneuil a appelé votre attention sur l'érysipèle qui suit de très-près le traumatisme, et apparaît le jour même d'une opération même légère. C'est l'érysipèle si précoce, dont il explique l'invasion par l'inoculation d'un élément septique, qui serait absorbé par les vaisseaux lymphatiques incisés dans le voisinage d'un foyer de suppuration, et mieux, à son contact direct. C'est ce que notre collègue appelle une auto-inoculation, par opposition à l'hétéro-inoculation qui produirait l'érysipèle dans le cas où l'élément toxique émanerait d'une source étrangère. Dans tous les cas, la cause est la même, la provenance seule en fait la différence. Dans cette doctrine, la pénétration constante de cet élément dans les vaisseaux lymphatiques et son mélange avec la lymphe auraient pour effet d'altérer la composition de celle-ci et de lui communiquer une propriété infectieuse, dont l'effet se manifeste au contact des parois des vaisseaux absorbants par leur inflammation lymphangite, transformée bientôt en un érysipèle. « C'est, dit M. Verneuil, comme si le chirurgien prenait sur la lancette du pus d'un malade pour le lui inoculer. »

En reproduisant textuellement l'énoncé des opinions formulées par notre collègue sur l'étiologie de l'érysipèle, j'ai voulu prévenir tout malentendu possible pour les observations que je me propose de faire à sa doctrine.

Cette étiologie acceptée, M. Trélat, sans réserve, je crois, nous ramène de très-près à l'inoculation de la syphilis, de la vaccine et

de la variole; mais pour se soutenir et se justifier, cette assimilation étiologique exigerait que l'inoculation de l'agent toxique auquel on attribue le développement de l'érysipèle, fût pratiquée à distance de la surface traumatique, et qu'elle produisît sur ce point éloigné de la source infectieuse des effets analogues à ceux qui s'observent au contact de celle-ci. Or, jamais, que je sache, le contage dont on admet si facilement l'existence dans une plaie qui suppure n'a été soumis à ce critérium, le seul qui puisse en démontrer la réalité.

Je n'ignore pas que quelques essais ont été tentés dans cette direction en Angleterre, puis ils l'ont été sans succès, notamment par Weatherhead, dont les expériences, qui ont suivi celles de William Hunter, ont constamment échoué.

Il faut qu'on sache d'ailleurs que cette théorie de l'inoculation septique, comme étant la cause des érysipèles, ne date pas d'aujourd'hui et qu'elle a eu ses partisans dans le siècle dernier. Hunter en fut un des adversaires, on peut s'en convaincre par le passage suivant (*Principes fondamentaux de l'inflammation* (t. III, p. 358) : « On suppose, dit-il, que les raies rougeâtres sont dues aux vaisseaux absorbants enflammés par la présence d'un liquide stimulant dans leur cavité. Je suis porté à considérer ces raies comme produites par des vaisseaux absorbants, mais je ne puis convenir que cet effet provienne de l'absorption. S'il provenait d'une telle cause, il serait uniforme; la cause devrait toujours exister quand l'effet se manifeste. Il est à remarquer d'abord qu'il n'a lieu que dans certaines constitutions, ce qui ne peut être nullement expliqué par l'absorption, de quelque manière qu'on l'envisage, et l'observation m'ayant appris qu'il peut naître alors qu'aucune suppuration n'a été produite; je l'ai vu naître d'une lésion traumatique avant que l'inflammation eût pu se développer, dans le moment de la douleur, qui était le résultat immédiat de la lésion.

« .... Ce qui prouve encore fortement que ces raies ne sont point l'effet de l'absorption, c'est que souvent elles ne se dirigent point vers la source de la circulation, et qu'elles peuvent prendre naissance à une certaine partie du point enflammé. En outre, les poisons morbides ne produisent point leur effet dans les cas où nous savons que l'absorption a eu lieu; ainsi le poison vénérien ne se produit que rarement, peut-être même jamais. »

Cette assertion n'est pas contestable, si j'en juge par mon expérience personnelle. Ainsi, dans les nombreuses inoculations du pus du chancre qui ont été pratiquées pendant mon internat à l'hôpital

du Midi et qui furent suivies d'un résultat positif, je n'ai vu en aucun cas la lymphangite avoir lieu. Je ne l'ai pas plus observée dans l'inoculation au moyen de morsures de sangsues contaminées par le pus provenant de bubons chancreux et syphilitiques.

Dans le même chapitre, Hunter, visant plus spécialement le point de départ anatomique de l'érysipèle, c'est-à-dire ce qui est l'objet particulier de la discussion, s'exprime ainsi : « Les symptômes et les phénomènes de l'inflammation des absorbants et de celle des virus présentent de l'analogie sous beaucoup de rapports et se manifestent très-souvent ensemble.... Les conditions particulières qui disposent à ces inflammations sont très-imparfaitement connues, mais en général elles indiquent un affaiblissement et une grande irritabilité de la constitution. »

L'inflammation des vaisseaux lymphatiques (absorbants) est plus fréquente que celle des veines, et est très-souvent le premier symptôme d'une attaque d'érysipèle... qui, dans la doctrine de Hunter, serait constitué par l'extension plus ou moins considérable de l'inflammation simple aux divers éléments anatomiques de la peau.

Ainsi, on le voit, cet observateur sagace précise, non moins rigoureusement que peut le faire l'école anatomique de nos jours, le siége de l'érysipèle : l'analogie des symptômes propres à la phlegmasie des vaisseaux lymphatiques et à celle des veines, la prédominance de l'une sur l'autre, l'indépendance de chacune d'elles, leur coexistence, tous ces points fondamentaux de la pathogénie de l'érysipèle ont été signalés par lui avec une clairvoyance parfaite.

Au jugement qu'il a porté sur la doctrine de l'auto-infection, je me permettrai d'ajouter quelques remarques qui m'ont été suggérées par la discussion actuelle.

Aux partisans de cette doctrine, je demande comment ils expliquent la présence de l'élément toxique dans la plaie où il serait puisé par les vaisseaux lymphatiques sans que celle-ci en soit toujours très-notablement modifiée. On comprend difficilement qu'un agent morbide doué d'une nocivité telle qu'il puisse enflammer par son contact les parois vasculaires des absorbants et déterminer les désordres les plus graves au sein de l'organisme, soit souvent inoffensif à l'égard de la surface traumatique, dont l'aspect extérieur et le mode de sécrétion ne semblent pas, dans beaucoup de cas, avoir sensiblement varié. Cette immunité de la plaie contre l'action nocive de l'élément *infectieux* en contact avec elle, qu'elle en soit transitoirement le dépositaire dans les cas où l'on admet sa prove-

nance extérieure ou qu'elle le crée de toute pièce par une sorte d'élaboration autonomique, cette immunité, dis-je, n'en est pas moins fort surprenante, et constitue un argument sérieux contre la doctrine de l'absorption d'une substance toxique.

Une autre remarque, qui ne me paraît pas sans valeur, est relative à l'époque où apparaît l'érysipèle dans le cours d'un traumatisme, et à l'état dans lequel se trouve la plaie au moment où cette apparition a lieu. Celle-ci, au début, coïncidait avec certaines complications de la plaie de nature à expliquer l'infection putride, telles que la présence de détritus organiques sphacélés, la persistance d'une suppuration abondante et fétide, l'existence du ramollissement sanieux et pultacé constituant d'ordinaire la pourriture d'hôpital; si, dis-je, l'érysipèle débutait constamment au milieu de ces conditions de putridité éminemment nocive, son origine par absorption pourrait être plus défendable, mais la clinique nous apprend que les choses sont loin de se passer toujours ainsi. C'est bien souvent d'un traumatisme dont toutes les phases se succèdent régulièrement, lorsque la suppuration est normale et que le travail de cicatrisation s'accomplit bien ; quelquefois même, c'est lorsque celle-ci est à peu près, sinon complétement achevée, et que, comme dans le cas cité par M. Trélat, le malade, guéri pour ainsi dire, va recevoir son exeat, c'est alors que l'on voit éclater l'érysipèle, qui peut prendre une extension et une gravité redoutables. Bien plus, c'est, comme Hunter déjà l'avait remarqué, autour de solutions de continuité récentes et dont la suppuration n'est pas encore établie qu'il se montre, et, chose singulière, il est plus grave alors, au dire de M. Gosselin (*Dict. de Méd.*, t. XIV, p. 27), que celui qui survient autour de suppurations établies depuis longtemps. Or, j'avoue qu'il m'est difficile, dans des circonstances semblables, d'admettre l'existence, dans la plaie, d'un élément infectieux que rien ne révèle, que tout repousse, au contraire, et de ne pas rattacher le développement de la phlegmasie cutanée à une disposition individuelle qu'il ne nous est pas toujours donné de pouvoir saisir. La maladie, comme la santé, a ses raisons mystérieuses que nous constatons par les phénomènes extérieurs sans pouvoir en déterniner ni la nature ni le principe.

Peut-on d'ailleurs accepter cette doctrine dans les cas non contestés où la fièvre, l'élévation de température ont précédé l'apparition de l'érysipèle ; dans ces cas si bien décrits par Pierre Franck, et dans lesquels, comme il le dit, l'érysipèle simple marche le plus souvent avec l'appareil non équivoque d'une fièvre gastrique? L'éry-

sipèle, dit Frank, peut précéder la fièvre, débuter en même temps, survenir deux, trois et même quatre jours après; sur 20 personnes atteintes de cette affection, 2 furent attaquées de l'érysipèle avant la fièvre, 6 peu de temps après l'invasion de la chaleur, 12 le deuxième ou le troisième jour de la fièvre. Une chose digne de remarque, ajoute l'auteur, c'est que parmi ces 20 malades, on comptait 16 femmes (*Traité de médecine pratique*, tome I, p. 242). L'observation de Frank, beaucoup d'autres pathologistes et praticiens éminents l'ont faite, et s'il est permis de parler de soi à côté des maîtres de l'art, j'en ai moi-même constaté la justesse en plusieurs circonstances.

Avec eux, j'objecterai encore, comme infirmant la théorie du traumatisme nécessaire, l'absorption putride et la négation de l'érysipèle spontané qui en est la conséquence obligée; cette forme d'érysipèle, appelé habituel par les uns et périodique par les autres, qui apparaît au printemps et à l'automne chez les jeunes sujets, et notamment chez des femmes à l'occasion de la suppression des menstrues ou d'un flux hémorrhoïdaire. Je pourrais citer, entre autres exemples, celui d'une jeune fille qui, pendant quatre ans qu'a duré chez elle l'établissement définitif de ménopause, a présenté trois ou quatre fois par an un érysipèle simple (ne pas confondre avec un érythème), dont le siége a varié entre le thorax, le cou, et plus fréquemment la face, avec une durée de douze à vingt jours.

Un de nos plus distingués confrères, qui m'entretenait de la discussion pendante à la Société de chirurgie, me disait que, jusqu'à l'âge de 20 ans, il avait eu presque tous les ans un érysipèle de la face au printemps, et qu'un professeur de Toulouse lui disait, à ce sujet, qu'il avait une peau à érysipèle; remarque qui ne manque pas d'une certaine justesse, si on considère la fréquence relative plus grande de l'érysipèle chez les femmes, en général plus ou moins lymphatiques et dont la texture du derme se prête mieux à son développement.

Il est encore dans la marche et l'évolution de certains érysipèles dits ambulants une particularité que je ne m'explique pas bien avec l'étiologie que je discute, sans la condamner absolument, tout disposé que je suis à l'admettre si l'évidence m'en était démontrée: c'est le retour successif de l'érysipèle, par poussées, comme on le dit communément, sur plusieurs points, dont le dernier pris, à voir la distance qui l'en sépare, ne peut avoir aucune communication par continuité vasculaire, apparente du moins, avec celui qui l'a

été précédemment. Quel rôle, en cas semblable, continue à jouer le principe toxique, dont la pénétration dans la lymphatique aurait été la cause originelle de la maladie ? Est-ce toujours lui qui, inépuisable dans son énergie comme dans son action persistante, continue à être charrié dans le système lymphatique, infectant les points qu'il touche et y réveillant l'inflammation spécifique primordiale, c'est-à-dire celle de son début ?

Mais, dans cette hypothèse, où sera la limite de son pouvoir infectant ? Comment s'en rendre compte dans le cas où les poussées érysipélateuses se multiplient avec une intensité croissante ? Au contraire, de ce que l'observation générale nous apprend du mode d'action des divers agents morbides, dont l'action s'affaiblit et s'use en raison de la multiplicité même des effets qu'ils ont produits, celui dont vous admettez l'intervention pour l'érysipèle, loin d'être neutralisé et annihilé, comme porterait à le croire la cessation des désordres fonctionnels et des altérations anatomiques qu'il a primitivement produits, revivifierait en réalité ; autrement on ne comprend pas qu'impropre à entretenir l'inflammation dans son siége primitif, et à s'opposer à la guérison, il puisse la faire naître avec une nouvelle activité en un autre endroit plus ou moins éloigné.

Je ne demanderais pas mieux, pour ma part, que de croire à ce mécanisme morbide qui a été soutenu dans le cours de la discussion, mais je voudrais qu'on m'en donnât la démonstration anatomique. C'est une nécessité, suivant moi, pour le positivisme exclusif qui prétend à régner sans contrôle dans le champ de la biologie, et à subordonner les actes physiologiques et morbides de l'organisme, les phénomènes, à l'empire absolu des lois générales de la physique et de la chimie; c'est, dis-je, une nécessité pour lui de faire la preuve matérielle et palpable de ses affirmations, sans quoi on est fondé à ne les accepter que sous bénéfice d'inventaire.

Pour moi qui, malgré l'assertion au moins hasardée de M. Verneuil, à savoir que 999 fois sur 1000 l'érysipèle a été précédé d'une lésion traumatique, et qui, supposant même pour un instant que cette assertion soit fondée, admets la spontanéité de l'érysipèle, je trouve dans cette forme de phlegmasie diffuse et pour ainsi dire à répétition une certaine analogie avec cette autre variété d'inflammation aréolaire du derme, variété furonculaire qui, sous l'influence d'un état de l'organisme, le plus souvent échappe à l'analyse, reproduit toute une série de processus morbides de même nature, de siége semblable, sur un plus ou moins grand nombre de points du tégument externe, et cela sans qu'aucun rapport anatomique

de l'un à l'autre puisse rendre raison de cette évolution pathologique et en dehors de toute absorption toxique de nature à 'expliquer.

Je viens de rappeler une assertion de M. Verneuil, qui implique la préexistence constante d'une lésion traumatique à l'apparition de l'érysipèle. C'est que celle-ci, en effet, est une des conséquences obligées de la doctrine de l'absorption virulente; sans effraction du derme, qui ouvre une porte à l'inoculation, point d'érysipèle.

Dans un seul cas, admettre qu'il en soit autrement, c'est mettre en péril la doctrine, c'est la ruiner. Aussi, trouver cette porte ouverte est la préoccupation la plus vive des partisans de l'inoculation; pour M. Trélat, vous l'avez entendu, elle ne peut pas ne point exister; si on ne l'a pas trouvée, c'est qu'on l'a mal cherchée; ce qui revient presque à dire que, si elle n'existe pas, il faudrait encore y croire et l'inventer. N'est-ce pas d'ailleurs un peu ce que fait M. Després lorsque, dans son ardeur à combattre l'érysipèle spontané, il va jusqu'à admettre que l'impression produite par un courant d'air froid qui frappe le visage constitue un véritable traumatisme? N'est-ce pas là invoquer, pour les besoins de la cause, un mode d'argumentation au moins excessif, et que les partisans de la spontanéité pourraient à leur avantage retourner contre leurs adversaires? car, à ce point de vue, toutes les phlegmasies *a frigore* seraient d'origine traumatique.

D'ailleurs, je le répète, la coexistence d'un traumatisme et de l'érysipèle n'implique pas pour moi la nécessité d'un miasme infectieux, et qui serait absorbé par les lymphatiques de la plaie.

Le rapport direct des éléments nerveux et vasculaires du derme avec l'air ambiant, le contact établi entre eux et les corps extérieurs qui exercent sur les surfaces dénudées une action plus ou moins nocive, cela, avec une prédisposition générale de l'organisme, me suffit pour comprendre et admettre, avec Hunter, Callisen et tant d'autres éminents praticiens, dont M. Després a fait revivre les opinions dans l'historique remarquable qu'il a mis en tête de son *Traité de l'érysipèle,* que l'inflammation, par voie d'irritation simple, des vaisseaux lymphatiques, des capillaires artériels et veineux, et du tissu connectif péri-vasculaire, puisse constituer l'érysipèle à tous les degrés d'intensité et sous les aspects divers qu'il présente. Le mode de pansement a été invoqué comme étant de nature, s'il est mauvais, à provoquer l'érysipèle; eh bien, je demande comment il agit dans ce cas, si ce n'est en irritant directement la surface traumatique. Pour ma part, je ne vois pas bien le

rapport qui peut exister entre un pansement mal fait et l'étiologie infectieuse par miasme absorbable; que le pansement soit plus ou moins bien fait, fautif ou irréprochable, le miasme en question, dans l'un et dans l'autre cas, n'en existera pas moins, et ce n'est pas le pansement, quel qu'il soit, qui s'opposera à sa pénétration dans les vaisseaux béants sur les confins de la plaie.

Est-ce à dire, pour cela, que je traite légèrement ce qui a trait au pansement des plaies? pas du tout. Partant de cette considération que l'érysipèle ne s'observe guère dans les traumatismes souscutanés, le chirurgien, à mon sens, doit rechercher les meilleures conditions de pansement pour soustraire les plaies découvertes au contact fréquemment répété de l'air, et les ramener le plus possible à l'état des premières. C'est ce qu'on a fait dans ces derniers temps; les divers procédés d'occlusion, en rendant les pansements plus rares et en abritant les plaies contre l'action des agents extérieurs, ont eu la prétention, qui, d'après certaines publications récentes, paraîtrait justifiée, d'avoir rendu l'érysipèle beaucoup moins fréquent.

Dans la question de genèse morbide qui nous occupe, on ne s'est peut-être pas assez enquis des conditions nouvelles que le traumatisme créait aux vaisseaux sanguins et lymphatiques en rapport direct avec lui. Physiologiquement et anatomiquement considérés, ces vaisseaux et les tissus connectifs qui les relient entre eux sont-ils à l'état normal? Non, évidemment; ils participent des conditions spéciales que le traumatisme a fait naître dans les tissus divisés, et que caractérise l'augmentation de la chaleur et de la sensibilité inhérentes au travail de réparation, dont l'accomplissement exige un certain degré d'inflammation ou un excès de mouvement nutritif : celui-ci ne se borne donc pas exclusivement à la plaie; il comprend, dans un rayon de sphère plus ou moins étendu, le système nerveux et vasculaire limitrophe.

Or est-il irrationnel d'admettre qu'une irritation mécanique quelconque, s'exerçant sur des tissus dont la vitalité ainsi accrue a pour conséquence une modification de texture anatomique, puisse y faire naître une inflammation dont le caractère, l'intensité et la nature seront en rapport avec les aptitudes physiologiques du sujet?

M. Verneuil fait jouer un rôle important aux diathèses individuelles sur les suites des opérations et l'issue fatale qu'elles ont trop souvent. Pourquoi ne pas admettre qu'elles exercent une égale influence sur le caractère originel, l'évolution et la terminaison de la

phlegmasie cutanée de l'érysipèle à tous les degrés? Superficielle et fugace, elle peut n'exister, pour ainsi dire, qu'à fleur de peau; c'est la lymphite qui, sous une couche de *collodion*, disparaît promptement. Que les divers éléments du derme soient successivement envahis par l'inflammation, que celle-ci soit adéquate à une fièvre intense et à une élévation considérable de la température, comme cela s'observe dans certains organismes tristement privilégiés, et en vertu de ces mêmes conditions diathésiques générales auxquelles je crois en référer en cas pareil, et l'on observera des abcès circonscrits, des suppurations plus profondes, diffuses comme dans l'érysipèle phlegmoneux, et enfin la gangrène, qui, plus rarement, en est un des graves accidents.

En interprétant ainsi les résultats et les complications diverses de l'érysipèle par les influences idiosyncrasiques, je me soustrais à l'obligation où sont les partisans de son étiologie par absorption d'admettre plusieurs poisons variés, d'énergie inégale, pour expliquer la diversité des processus morbides; car, avec son agent unique de transmission et par conséquent toujours identique à lui-même, et dont l'action délétère doit produire sur les tissus organiques des effets identiques, comment se rendre compte de la diversité des phénomènes morbides et des lésions anatomiques?

En résumé, et c'est par là que je termine, je ne vois pas sur quoi on se fonde, dans tout le cours de la discussion, pour dénier à l'organisme au sein duquel s'élaborent et se font tous les liquides et les solides vivant sous l'empire d'une anatomie qui ne relève que du dynamisme vital, la faculté de contracter et de recéler en soi, par le fait de la perversion et du désordre de ce dynamisme, des aptitudes morbides spéciales se rattachant à des altérations de composition des liquides organisés et vivants.

Est-ce que la respiration et la digestion, ces deux grands actes fonctionnels qui se relient anatomiquement aux vastes surfaces d'absorption, étendues, les unes au tube digestif et à ses diverticules, les autres aux nombreux méandres des voies respiratoires, et de celles-ci, par l'hématose, à toutes les divisions du système sanguin, qui pénètrent dans les profondeurs les plus intimes de nos tissus, est-ce que, dis-je, par ces deux grands actes fonctionnels, l'économie, en communication incessante avec les agents extérieurs de la classe si nombreuse des *ingesta* et des *circumfusa*, n'est pas constamment accessible et perméable à des influences extérieures nuisibles, de nature à pervertir les produits normaux de la nutrition et à prédisposer le sujet à des phlegmasies cutanées, notam-

ment à l'érysipèle, dont le traumatisme, au lieu d'être la raison essentielle et génératrice, ne serait que la cause occasionnelle et secondaire ?

Un dernier mot qui a trait à la contagion. Pour ceux qui professent que l'érysipèle est produit par une substance infectieuse, un agent contaminant, il n'est pas douteux qu'il puisse engendrer une entité morbide semblable à lui-même, et se communiquer par l'expansion indéterminée au dehors de la substance à laquelle il a dû son origine; n'y pas croire, dans cette doctrine étiologique, serait commettre un illogisme.

Pour moi, qui m'en suis complétement séparé, je ne crois pas à la contagion.

A lire superficiellement un certain nombre d'observations publiées à ce point de vue, on pourrait se laisser aller à l'idée de contagion; mais en y regardant de plus près, on ne voit dans ces faits que des coïncidences.

Quelques-unes s'expliquent par le concours de certaines conditions atmosphériques et d'influences locales, qui ont constitué un milieu propre à favoriser le développement de la même phlegmasie cutanée chez plusieurs malades agglomérés et atteints de traumatisme; mais cela n'a jamais constitué la contagion.

Dans son discours prononcé à la dernière séance, M. Giraldès a dit que l'érysipèle en lui-même n'était pas contagieux. Eh bien, je ne sache pas qu'il existe, en nosologie, une seule unité morbide qui, dans quelque circonstance que vous la placiez, ne puisse se communiquer par voie de contagion, si isolément elle n'a pas pour caractère originel d'être contagieuse par elle-même.

La rougeole, la scarlatine, la variole, la diphthérite, la morve, la pustule maligne et la syphilis, toutes ces maladies sont fatalement et essentiellement contagieuses; elles ne le deviennent pas au gré de circonstances fortuites.

Eh bien, je le demande en terminant, qui pourrait prétendre qu'il en soit de même de l'érysipèle ?

M. GIRALDÈS. J'ai dit que l'érysipèle était une maladie polymorphe, et que dans certaines conditions il pouvait être contagieux.

M. VERNEUIL. M. Forget me prête une opinion qui n'est point la mienne. Je n'ai point dit que l'érysipèle était dû à l'introduction d'un miasme spécial; je ne crois pas au miasme. J'ai opposé les érysipèles par auto-inoculation aux érysipèles par absorption de matières putrides. Maintenant, M. Forget a fait intervenir dans la discussion l'opinion de Hunter, opinion obscure qui à son époque

même ne faisait point autorité. Il y avait d'autres auteurs avant et après lui qui connaissaient mieux la question.

J'ai dit qu'il fallait une porte d'entrée à l'érysipèle; le courant des idées modernes est porté à admettre cette origine de l'érysipèle : nous avons donc le droit d'être difficiles, et c'est aux partisans de la spontanéité de l'érysipèle de fournir aujourd'hui des faits en faveur de leur opinion, car nous, nous avons prouvé la nôtre.

M. Forget dit que l'érysipèle naîtrait avant la suppuration; mais il faut cependant que l'on sache que nous n'en sommes plus à croire que le pus se forme seulement le 4e jour; déjà, dès la 12e heure, il y a du pus dans les plaies, et si un érysipèle se développe dans une plaie le 1er ou le 2e jour, nous disons qu'il y a un érysipèle occasionné par le pus.

M. SÉE. M. Forget a dit que l'érysipèle apparaissait sans que l'on vît de modification dans l'état de la plaie; c'est le contraire qui est la vérité. L'état local de la plaie est souvent le premier indice de l'apparition de l'érysipèle.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 10 JUILLET 1872.

Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — le *Bordeaux médical*; — le *Lyon médical*. — *Projet de création d'un hôpital sur l'eau*, par le docteur Félix Rochard. — Trois notes de M. Oré,

communiquées à l'Institut : *Sur les expériences de M. O. Liebreich, tendant à prouver que la strychnine est l'antidote du chloral;* — le 1er *fascicule du tome IV* du *Traité de pathologie externe*, de Follin et Duplay.

M. LARREY présente : une *Notice biographique sur le docteur Auguste Larrey*, par le docteur N. Joly. — *Résultats heureux momentanés de l'inhalation du chloroforme chez un malade atteint de rage*, par le professeur S. Simonin (de Nancy).

M. DUBREUIL présente : trois travaux manuscrits de M. le docteur Boissarie (de Sarlat), qui demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de correspondant national. (Commission : MM. Labbé, Paulet, Dubrueil.)

Ces travaux ont pour titre :

1° *Chute du rectum chez l'adulte ;*

2° *Immobilité de la mâchoire inférieure, section des adhérences ;*

3° *Métrorrhagie puerpérale secondaire et des injections intrautérines.*

M. TARNIER dépose le tome XII de la deuxième série des *Bulletins de la Société de chirurgie* pour l'année 1871.

M. FORGET offre, au nom de M. Marrotte, médecin de l'Hôtel-Dieu et membre de l'Académie, un mémoire : *Considérations sommaires sur l'érysipèle et son traitement.* Il remet la note suivante :

« C'est, dit l'auteur, de la *Médecine traditionnelle* » ; en effet, il se préoccupe surtout de mettre en évidence le rapport intime entre les phases de l'affection cutanée et les circonstances correspondantes de la fièvre.

Avec J.-P. Frank, il énumère les fièvres inflammatoires gastriques et nerveuses comme susceptibles de se compliquer d'érysipèles.

Il décrit la fièvre éphémère érysipélateuse, la synoque érysipélateuse, la fièvre inflammatoire érysipélateuse, les fièvres gastriques et dyspepsiques à forme bilieuse, fréquemment compliquées d'érysipèle.

C'est dire que l'auteur accepte pour origine de la phlegmasie cutanée une influence de l'organisme dont la prédisposition lui paraît démontrée par la clinique.

Quant à l'érysipèle d'origine septique, il pense qu'à un moment donné, l'état fébrile, notamment celui que les auteurs du siècle dernier appelaient nerveux, peut présenter des phénomènes d'ataxie ou d'adynamie, constituant ainsi une variété d'érysipèle malin.

Enfin, sous l'influence de ce qu'on appelle la constitution médi-

cale ou épidémie, l'érysipèle peut revêtir les caractères de la malignité, et spécialement de celle que les anciens désignaient sous le nom de putridité.

M. Marotte s'occupe, en terminant, des érysipèles qu'on observe dans les salles de chirurgie, ou érysipèles traumatiques.

Après avoir vu, lu et interrogé, il est arrivé, dit-il, à cette conviction, que ceux qui admettaient un érysipèle spécial attaquant les blessés, étaient dupes d'un mot, dupes du milieu dans lequel ils avaient observé.

Il se demande ce qu'il y a de spécial dans l'action du traumatisme et dans ses conséquences; s'il n'existe pas de prédisposition constitutionnelle, innée ou acquise; s'il n'existe pas de causes générales susceptibles de modifier profondément l'organisme. En un mot, pour M. Marotte, le traumatisme ne peut jamais jouer que le rôle d'agent provocateur.

A PROPOS DE LA CORRESPONDANCE

Résections sous-périostées. — M. OLLIER, en réponse à M. Chassaignac, adresse une note sur l'*Origine des résections sous-périostées*.

C'est seulement par la *Gazette des hôpitaux* (1) que j'ai pu connaître la réclamation de M. Chassaignac relativement à l'origine des résections sous-périostées. Quoique la lecture en ait été faite le 1er mai devant la Société de chirurgie, je n'avais pu avoir jusqu'ici aucune idée sur la teneur de cette communication, le compte rendu s'étant borné à reproduire le titre, et aucun de nos collègues n'ayant jugé à propos de prendre la parole à cette occasion.

J'aurais répondu par le même silence à cette réclamation si notre collègue se fût contenté d'être violent et agressif; mais, tout en considérant comme inutile de le suivre dans sa longue dissertation, je désire faire apprécier l'originalité de son procédé d'argumentation, qui consiste à combattre son adversaire avec des textes altérés à plaisir, ou tout au moins complétés avec la plus charmante insouciance de la vérité.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1872, nos 68, 69, 70 et 71; — 13, 15, 18 et 20 juin.

La thèse de M. Chassaignac se réduit à ceci :

« Il est injuste d'attribuer à M. Ollier les résections sous-périostées ; je les ai inventées et appliquées onze ans avant lui. »

Pour démontrer ce qu'il avance, M. Chassaignac invoque une observation de résection de la clavicule, qui a été publiée en 1855, et qui constitue la pièce importante d'un mémoire (1) inséré dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.*

En parlant de cette observation dans sa réclamation (2), M. Chassaignac dit :

« Je la donne aussi complète qu'elle a été publiée dans la *Gazette hebdomadaire* et dans mon *Traité des opérations*, t. Ier, p. 669. Je me bornerai, pour économiser les instants de la Société, à ne citer textuellement que les passages qui se rapportent à l'objet en litige.

« Le titre de l'observation mérite d'arrêter un instant votre attention :

« *Fracture spontanée de la clavicule droite chez une femme de 40 ans ; ostéite suppurante, perforation des téguments ; résection des deux tiers internes de la clavicule ; conservation du périoste dans l'opération (conservation intégrale de la capsule et du périoste). Reformation de la clavicule par un tissu osseux de remplacement. — Guérison.*

« Je complète le sommaire en disant : *aucune destruction d'aucune partie du périoste ni de la capsule,* qui ont été simplement incisés à leur partie antérieure. »

Le titre de cette observation constitue à lui seul un argument écrasant, j'en conviens, et j'en fus d'autant plus stupéfait que j'avais eu jusque-là la prétention d'avoir rendu scrupuleusement justice à tous mes devanciers, et à M. Chassaignac en particulier.

Je me demandai comment j'avais pu méconnaître un titre de propriété aussi éblouissant, car tout y est : *conservation intégrale du périoste et de la capsule,* c'est-à-dire ce que je considère comme le principe fondamental de ma méthode de résection. Je lus et re-

(1) *Mémoire sur les résections de la clavicule,* avec observation d'un cas dans lequel cette opération a été faite avec succès par un nouveau procédé, par le docteur Chassaignac, chirurgien des hôpitaux (*In Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie,* p. 421).

(2) *Gazette des hôpitaux,* 1872, n° 69.

lus cette phrase, et j'étais prêt à faire amende honorable, quand l'idée me vint de relire et le mémoire de M. Chassaignac (1855) et son *Traité des opérations*.

Je vis alors, ce que je n'aurais jamais osé soupçonner, que la phrase si accablante pour moi : « *Conservation intégrale du périoste et de la capsule*, » était de création nouvelle et n'existait ni dans l'un ni dans l'autre des documents auxquels renvoyait M. Chassaignac.

Voici le texte de la *Gazette hebdomadaire* et du *Traité des opérations* :

« *Fracture spontanée de la clavicule droite; ostéite suppurante, perforation des téguments, résection des deux tiers inférieurs de la clavicule; conservation du périoste dans l'opération; reformation de la clavicule par un tissu osseux de remplacement; guérison* (1). »

On le voit, il n'est question, dans les textes de 1855 et 1861, ni de *capsule*, ni de *conservation intégrale du périoste et de la capsule*; bien plus, le mot *capsule* n'est pas prononcé dans tout le cours du mémoire.

Je laisse à la Société de chirurgie le soin de qualifier un pareil procédé.

Il m'est pénible d'avoir à répondre ainsi à un collègue que j'ai hautement estimé jusqu'ici; mais, quoique disposé à accepter, pour cette altération des textes, les circonstances les plus atténuantes, il m'était impossible de la laisser passer.

Ce texte était le seul qui pût modifier l'historique que j'ai fait de la question dans plusieurs mémoires (2) et dans mon *Traité expérimental et physique de la régénération des os*, et il importait de le rectifier.

Je dis que M. Chassaignac n'avait que ce seul texte à m'opposer; car son *Traité des opérations*, qui, du reste, ne parle pas plus que son mémoire de 1855 de la conservation de la gaîne périostéo-capsulaire, est postérieur de trois ans à la publication de mes premières recherches sur les résections sous-périostées et la reconstitution des articulations (3). On ne le dirait pas, il est vrai, à la

---

(1) *Gazette hebdomadaire*, page 421.

(2) *Des moyens chirurgicaux de favoriser la régénération des os*, 1858.— *Gazette hebdomadaire*. — *Recherches expérimentales sur la production artificielle des os et sur la régénération des os*. — *Journal de la physiologie*, de Brown-Séquard; 1859.

(3) *Gazette hebdomadaire*, 1858, nº 53.

lecture du livre de M. Chassaignac; car mon nom y brille par son absence, bien que mes recherches eussent déjà obtenu une double récompense à l'Académie de médecine et à l'Académie des sciences.

Je devrais peut-être en rester là..... On voit ce que peuvent valoir les réclamations de priorité de notre collègue; mais je veux encore montrer par un autre argument combien ses critiques sont dénuées de fondement.

A défaut de l'altération des textes, que je viens de signaler, il m'eût été facile de prouver que M. Chassaignac n'a rien à réclamer pour lui dans la méthode de résection que j'ai proposée, puisque aujourd'hui encore, malgré les incessantes communications que j'ai faites à ce sujet, il se méprend complétement sur le but et la portée de mes procédés opératoires.

Non-seulement les procédés qu'il a décrits en 1861 (trois ans après mes premières communications, je le répète) diffèrent complétement des miens; non-seulement, en décrivant ces procédés, il passe absolument sous silence ce que je considère comme le temps fondamental de l'opération : *la conservation intégrale de la gaîne périostéo-capsulaire,* mais encore aujourd'hui, dans le cours de sa réclamation, il commet à cet égard une erreur que je n'aurais jamais crue possible de la part d'un opérateur aussi distingué.

Dans la séance du 3 avril dernier, exposant à la Société de chirurgie les résultats de mes résections du coude pour les plaies par armes à feu, j'annonçai que, même dans ces cas défavorables, malgré le délabrement des tissus et la multiplicité des esquilles, on pouvait conserver une gaîne périostéo-capsulaire distincte et suffisante pour reconstituer une nouvelle articulation. M. Maurice Perrin, et plusieurs autres de nos collègues, émirent des doutes sur la possibilité de cette conservation. Je m'engageai alors à produire, dans une prochaine séance, des pièces à l'appui de cette assertion, et, trois jours plus tard, à l'amphithéâtre du Val-de-Grâce, je pratiquai, sur un cadavre dont le coude et l'épaule avaient été fracturés comminutivement, la résection sous périostée de ces deux articulations. Parmi les témoins de ces opérations, je signalerai nos collègues MM. Marjolin et Perrin, et MM. Spillmann et Mathieu, agrégés du Val-de-Grâce. M. Perrin vous a montré les pièces quelque temps après (1).

Or, comment M. Chassaignac va-t-il interpréter ces expériences?

(1) Séance du 1er mai.

C'est ici le côté comique de sa réclamation, et je laisse la parole à mon contradicteur.

« Notre confrère, dit-il, ne se gêne pas pour nous faire connaître ses désapprobations sur nos procédés ; ainsi, dans le texte de sa communication à la Société de chirurgie, il affirme que la segmentation préalable est mauvaise.

« Elle est mauvaise ! je le crois bien, quand, pour s'en passer, on a recours à un artifice aussi ingénieux que celui-ci ; quand, ainsi qu'il l'a pratiqué au Val-de-Grâce, on fait éclater l'os par un coup de revolver. Qui ne voit que cette balle de revolver remplace la section préalable faite avec la scie ? Il ne faut pourtant pas des efforts de perspicacité pour deviner que rompre la continuité d'un membre par une fracture préalable ou la rompre par un trait de scie, c'est, au point de vue du mécanisme opératoire, une seule et même chose ; car il ne s'agit plus, dans l'un et l'autre cas, que de présenter à l'incision deux tronçons osseux sortant sans effort et sur lesquels on fait du sous-périostisme tout à son aise.

« Cela peut donner lieu à une petite surprise, à une sorte de trompe-l'œil en face d'un auditoire courtois et bien disposé, mais qui ne serait pas de mise devant la sagacité pratique d'une assemblée de chirurgiens.

« A l'amphithéâtre, le procédé est-il de bonne guerre ? Cela est douteux. Mais au lit du malade on n'admet pas un genre de préparation qui tranche le nœud gordien de la continuité osseuse, pour préparer un trop facile triomphe à l'opérateur.

« En somme, M. Ollier fait au revolver, avant l'incision, ce que je fais avec la scie. Et un critique malveillant ne manquerait pas d'appeler ce procédé un désossement à coups de revolver » (1).

M. Chassaignac s'imagine ainsi que j'ai fracturé les os tout exprès pour faciliter l'opération, tandis qu'il s'agissait de démontrer que, dans ces cas difficiles, l'application de mes procédés est encore praticable. Il prend ainsi pour une circonstance favorable ce que nos collègues avaient considéré comme une difficulté insurmontable ; bien plus, il semble croire que c'est pour lui dérober d'une manière détournée la segmentation préalable que je casse les os à coups de revolver. Je m'explique d'autant moins cette erreur que

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1872, n° 69, p. 548.

j'ai toujours dit que l'application de mes procédés est infiniment plus facile à l'épaule et au coude, quand les os sont intacts.

Je ne puis qu'engager M. Chassaignac à mieux étudier dorénavant les opérations qu'il se propose de critiquer. Non-seulement je ne veux pas lui ravir la gloire de la segmentation préalable, mais je lui laisse en toute propriété un procédé qui, appliqué comme il l'indique lui-même, est la négation même de la méthode que je préconise.

M. Chassagnac paraît cependant se proposer aujourd'hui (mais depuis le 1er mai 1872 seulement) de conserver, tout comme je le fais moi-même, l'intégrité de la gaîne périostéo-capsulaire; malheureusement, dans ses procédés, il commence par la couper en travers.

En sciant l'os, en effet, avant de désarticuler, il scie le périoste en même temps. Jamais il ne s'est avisé de le détacher de l'os préalablement; nulle part il ne parle de l'ouverture préalable de la gaîne périostéo-capsulaire, pour pouvoir passer la scie à chaîne entre le périoste et l'os.

Qu'arrive-t-il alors ? Les deux parties sectionnées de la gaîne périostéo-capsulaire s'éloignent, se rétractent, en vertu de l'élasticité du périoste ou de la contraction des muscles qui s'y insèrent, et restent complétement indépendantes.

Pour l'extrémité supérieure de l'humérus, par exemple, les muscles qui s'insèrent sur la tête, perdent, par la section préalable de l'os, tout rapport avec son bout inférieur.

Dans mon procédé, au contraire, le périoste et la capsule étant ouverts longitudinalement et n'étant jamais coupés en travers, tous les muscles qui s'y insèrent continuent à être en rapport avec le bout inférieur de l'os, par l'intermédiaire de la gaîne périostéo-capsulaire, et si la régénération osseuse ne s'effectue pas, la gaîne conservée transmet au reste de l'os l'action des divers muscles, *en agissant*, selon mon expression, *comme un tendon prolongé*.

Comme on le voit, non-seulement M. Chassaignac ne peut rien réclamer en vertu de ce qu'il a écrit autrefois, mais aujourd'hui encore, malgré tout ce que j'ai publié ou communiqué aux diverses sociétés savantes, sa manière de faire est complétement différente de la mienne, qui consiste essentiellement, je ne saurais trop le répéter, dans cette proposition fondamentale : *conservation intégrale de la gaîne périostéo-capsulaire* (1).

---

(1) « Ce qui caractérise essentiellement notre méthode opératoire pour les résections articulaires, c'est la conservation intégrale de la *gaîne périostéo-capsulaire*, c'est-à-dire d'un canal fibreux, intermédiaire, joignant

« Mais, me dira-t-on, quoique M. Chassaignac ait ajouté, dix-sept ans après, à son premier texte les mots : *conservation intégrale du périoste et de la capsule* ; quoiqu'il ne puisse s'attribuer la moindre part dans la nouvelle méthode de résections articulaires, il a eu au moins le mérite de conserver du périoste avant vous. »

Ce mérite, je ne le nie pas et je n'ai jamais cherché à le lui enlever; mais s'il a conservé du périoste avant moi, il l'a fait après vingt autres, dont il trouvera les noms dans l'historique que j'ai fait de la question. S'il veut bien, en effet, consulter ce que j'ai écrit à ce sujet, il verra que, depuis cent ans, l'idée de la conservation du périoste a été souvent formulée et mise en pratique, et que, dans ce siècle surtout, plusieurs chirurgiens, Malgaigne en particulier (1), ont recommandé de faire ce qu'il a fait lui-même, c'est-à-dire, de conserver autant que possible le périoste. Il y retrouvera encore un fait qu'il a bien connu autrefois et qu'il est bon de rappeler aujourd'hui à cause de son importance historique, l'opération de Blandin, qui, publiée onze ans avant la sienne, est aussi concluante au point de vue de la régénération de l'os.

Ces faits antérieurs, loin de les négliger, je me suis attaché à les mettre en lumière. J'y ai mis même d'autant plus de soin, qu'à l'époque où je publiai mes premières recherches, je n'avais pas de faits cliniques personnels.

J'ai fouillé partout, j'ai frappé à toutes les portes pour faire surgir des faits cliniques confirmatifs de faits expérimentaux, que je venais d'observer. C'est alors que j'ai fait connaître les travaux de M. Larghi, de Verceil, que M. Chassaignac oublie de citer dans son *Traité des opérations*, de 1861, et que je l'engage cependant à relire s'il veut se mettre au courant de cette question d'histoire.

Oui, M. Chassaignac, comme un certain nombre de chirurgiens l'ont fait avant lui, a cherché à ménager, autant que possible, le périoste dans ses résections; oui, il a disséqué, avec la pointe du bistouri, ce qu'il a pu de cette membrane; mais s'il s'imagine que

---

entre eux les bouts des os réséqués, capsulaire au centre, périostique à chaque extrémité. La régénération de l'os s'opère dans la partie périostique; la partie capsulaire reste fibreuse et l'articulation se reconstitue. Dans les cas où la régénération osseuse n'a pas lieu, l'articulation se reconstitue également, quoique d'une manière moins parfaite; les muscles gardent leurs rapports réciproques et continuent à s'insérer, au moyen de la gaîne périostique, sur les leviers qu'ils doivent mouvoir. » (Ollier, *Traité expérimental et clinique de la régénération des os*, tome II, chapitre x.)

(1) Malgaigne, *Manuel de médecine opératoire*, 1834.

cela suffit pour constituer la méthode de résection que je préconise surtout pour les lésions articulaires, il est dans la plus complète erreur.

Je ne puis que le renvoyer à ce que j'ai écrit sur ce sujet, et surtout aux chapitres III, IV, V et X du tome II de mon *Traité sur la régénération des os* (1).

Il verra quel but j'ai poursuivi, sur quels faits physiologiques je me suis appuyé et quelles règles opératoires j'ai formulées. Il se rendra mieux compte alors de la distance qui nous sépare, et comprendra que ce n'est point en altérant le titre d'une observation ou en le complétant par quelques phrases habilement choisies, qu'il pourra se faire reconnaître quelques droits à l'intervention d'une méthode dont on ne trouve pas la moindre trace dans toutes les descriptions qu'il a données.

Je m'arrête dans cette réponse, à laquelle j'ai été provoqué par une attaque que je comprends de moins en moins. Depuis 1858, j'ai fait à la Société de chirurgie et dans d'autres sociétés savantes un certain nombre de communications dans lesquelles j'ai tenu le même langage qu'à l'Académie de médecine, le 2 avril dernier, et jamais je n'ai eu la bonne fortune d'entendre M. Chassaignac demander la parole à ce sujet. Dans la séance du 3 avril, cependant, notre collègue fit une première lecture dans laquelle il se contenta d'exposer, très-convenablement, du reste, les principes de sa méthode opératoire; mais cela ne ressemblait pas encore à une réclamation de priorité. Il ne s'était pas encore avisé de revendiquer pour lui la méthode des résections sous-périostées. Je regrette sincèrement qu'il lui ait fallu un mois pour rechercher ses titres de propriété. J'étais présent à la séance du 3 avril, et j'aurais pu lui fournir immédiatement toutes les explications nécessaires.

Il m'en a coûté d'argumenter ainsi avec un collègue pour lequel j'ai toujours professé la plus respectueuse estime; mais, malgré mon peu de goût pour ces polémiques personnelles, il m'était difficile de garder le silence. Attaqué devant la Société de chirurgie, c'est devant elle que je devais et que j'ai voulu me défendre.

M. CHASSAIGNAC. Je trouve la lettre de M. Ollier conçue en termes très-convenables, et je me plais à reconnaître qu'elle ne renferme aucune trace d'aigreur; mais, sur un point, je n'accepte pas

(1) Pour la partie expérimentale, voir spécialement le chapitre IX du tome I[er]. — Voir l'Introduction, pour l'historique de tout ce qui a trait à la régénération des os.

la discussion de M. Ollier touchant les altérations de texte. Tout ce que j'ai cité a été pris textuellement dans les auteurs, et quand j'ai ajouté quelque chose, j'en ai fait mention.

RAPPORT

Résection sous-périostée du coude. — Autopsie. — M. Paulet lit le rapport suivant sur ce sujet :

Messieurs, c'est au nom d'une commission composée de MM. Cruveilhier et Sée, commission dont vous m'avez nommé rapporteur, que je viens aujourd'hui vous entretenir d'une intéressante observation adressée, il y a quelques semaines, à la Société de chirurgie par M. le docteur Jasseron, chirurgien de l'hôpital civil d'Oran.

Résection sous-périostée du coude, tel est le titre de cette observation. Ce titre seul suffirait à appeler votre attention ; mais ce qui accroît singulièrement l'intérêt du fait rapporté par notre confrère, c'est que, le malade ayant succombé à la variole quatorze mois après l'opération, il a été possible de constater, pièces en main, les résultats éloignés d'une résection sous-capsulo-périostée pratiquée chez l'homme adulte. Vous le savez, messieurs, les pièces de ce genre sont encore très-rares, et, bien que la fonction ostéogénique du périoste ne fasse plus doute pour personne aujourd'hui, au moins en ce qui touche l'expérimentation sur les animaux, nous ne sommes pourtant pas en mesure de répondre catégoriquement à ces diverses questions de chirurgie pratique : La reproduction du tissu osseux par le périoste, chez l'homme adulte, est-elle la règle ou l'exception? Le périoste est-il susceptible de reproduire seulement *de l'os,* ou bien peut-il reproduire *des os* comparables aux os préexistants, sous le rapport de la forme et de l'utilité? Le périoste ou les tissus fibreux qui en jouent le rôle peuvent-ils créer à nouveau des extrémités osseuses articulaires et reconstituer sur son type primitif une articulation détruite par l'opérateur?

Voici sommairement le fait dont il est question dans ce travail, et dont votre rapporteur, alors en Algérie, a pu suivre *de visu* les principales périodes.

Le malade est jeune encore; il a 24 ans, l'âge où l'accroissement du système osseux est bien près d'être terminé, quand il ne l'est déjà. La lame d'un hache-paille vient de lui ouvrir l'articulation du coude droit, en faisant au tégument une plaie oblique longue de 7 centimètres, et en séparant du reste du cubitus une notable

portion de l'olécrane, le quart environ. Il entre dans le service de M. Jasseron, qui, dès le début, 21 août 1869, surveille l'artbrite traumatique, tout en employant, pour l'enrayer, un traitement antiphlogistique énergique. Tout semble d'abord marcher à souhait, mais bientôt la situation se complique, trois abcès péri-articulaires nécessitent une incision, suivie de l'introduction de tubes à drainage. Malgré l'intervention du chirurgien, la fièvre devient continue, l'appétit se perd. Au bout d'un mois, le patient va de mal en pis; il est exténué par une diarrhée incoercible et succombera prochainement, selon toute probabilité.

C'est alors que M. Jasseron conçut le projet de tenter la résection sous-périostée du coude malade, et me fit l'honneur de me demander mon avis, qui fut, du reste, entièrement conforme au sien.

L'opération fut donc pratiquée d'après le procédé décrit par M. Ollier et en utilisant la plaie primitivement faite par l'instrument tranchant.

Nonobstant l'origine traumatique de la lésion, il nous semble que, si l'on a plus tard à faire figurer ce fait dans une statistique, c'est parmi les cas pathologiques que l'on devra le ranger. En effet, l'article avait suppuré pendant un mois, les os, dépouillés de leur cartilage, étaient déjà sensiblement altérés dans leur texture, et le périoste épaissi s'en laissa aisément détacher, ce qui rendit l'opération beaucoup plus facile que l'on n'eût été tenté de le supposer *à priori*. L'hémorrhagie fut insignifiante, et le nerf cubital ne fut pas même aperçu. Aucune insertion tendineuse n'avait été compromise, sauf celle du triceps détaché, au moment de l'accident, par la lame du hache-paille, et la gaîne périostéo-capsulaire avait été conservée aussi intacte que possible. Le fragment huméral enlevé mesurait 7 centimètres, le fragment cubital 5 centimètres, et le fragment radial 2 centimètres seulement ; mais, comme les deux os de l'avant-bras avaient été sectionnés à peu près au même niveau, la somme d'écartement entre les extrémités osseuses s'élevait, en tout, à 9 centimètres.

Les suites immédiates de cette résection furent des plus satisfaisantes. Grâce au large débridement pratiqué par l'opération, toutes les complications alarmantes disparurent rapidement ; l'état général du malade s'améliora d'une façon vraiment surprenante, la vaste plaie du coude se mit à bourgeonner et se ferma sur plusieurs points ; en un mot, la guérison définitive paraissait très-probable, sinon prochaine. Toutefois, le chirurgien ne put empêcher la formation et la persistance de quelques ouvertures fistuleuses par les-

quelles plusieurs petites esquilles furent successivement éliminées. Quand les premières indications eurent été ainsi remplies, la principale préoccupation de M. Jasseron fut de chercher à prévenir l'ankylose. Il avait placé le membre opéré dans une gouttière coudée à 120°; dès que la cicatrisation des parties molles fut assez avancée, il essaya de communiquer à l'avant-bras de légers mouvements de flexion et d'extension; mais ses efforts échouèrent, et il dut céder devant la pusillanimité et le mauvais vouloir d'un malade inintelligent qui ne voulut rien souffrir ni rien entendre. L'auteur nous dit, en terminant cette première partie de son travail : « L'opéré sort de l'hôpital huit mois après l'opération, porteur d'un tube à drainage en avant du coude et de trois fistules situées en dehors et en arrière; ces fistules, à l'exploration, ne laissent reconnaître aucun séquestre. A ce moment (juin 1870), les mouvements de flexion du coude ne sont guère que de 25°, ceux de pronation de 45°. »

Le 17 octobre suivant, nous voyons le malade rentrer à l'hôpital. Son état s'est aggravé; les fistules persistent, les mouvements de pronation et de supination sont encore de 45°, mais il n'y a plus de flexion, et le coude paraît définitivement ankylosé à angle droit. Le chirurgien essaye de ramener quelques mouvements dans la jointure; il échoue d'abord, puis parvient à rompre l'ankylose, et au moment où il espère profiter de cette circonstance pour obtenir une pseudarthrose utile à son opéré, celui-ci succombe, rapidement emporté par une variole confluente, le 21 novembre 1870, quatorze mois après la résection.

L'observation de M. Jasseron se trouve complétée par une description succincte des lésions rencontrées à l'autopsie du membre opéré. De ces lésions, celles relatives aux parties molles présentent quelques particularités peu importantes que je passe à dessein sous silence. Cependant, je ne saurais omettre ce que dit l'auteur à propos des insertions musculaires péri-articulaires : « L'insertion radiale du biceps est la seule qui n'ait pas été détruite; le triceps, le brachial antérieur et les masses musculaires de l'avant-bras s'insèrent circulairement sur une surface fibreuse formée par le périoste et des expansions aponévrotiques, sans qu'il soit possible, au milieu des cicatrices, des fongosités et des irrégularités osseuses, de distinguer leurs insertions. »

C'est principalement sur l'examen des os que se concentre tout l'intérêt de la nécropsie. La pièce anatomique que M. Jasseron a bien voulu me confier et que j'ai l'honneur de placer sous vos

yeux va nous permettre d'apprécier les résultats obtenus. Et d'abord, y a-t-il eu reproduction de tissu osseux? Il suffit de considérer un instant les os que je vous présente pour répondre affirmativement à cette question. La reproduction paraissait d'ailleurs plus que probable pendant la vie de l'opéré, car les mensurations, prises quelques jours avant la rupture de l'ankylose, donnaient 73 centimètres comme longueur du membre malade, la longueur du membre sain étant de 75 centimètres, soit une différence en plus de 2 centimètres pour ce dernier. Or, vous n'avez sans doute pas oublié que la résection avait retranché une longueur d'os égale à 9 centimètres, et vous voudrez bien admettre que s'il y a eu erreur dans les mesures prises, cette erreur ne doit guère s'être élevée au delà de 5 à 6 millimètres. Je ne crois pas que nous devions revenir sur une vieille question et nous demander si le périoste seul a servi à faire le nouvel os, ou si les divers tissus entourant la solution de continuité ont pris part à cette reproduction. Peu nous importe. Il y a eu de l'os reproduit, voilà le fait que je veux d'abord me borner à constater. Notons encore que le nouvel os est fragile, aréolaire, et qu'il perd peu à peu ces caractères en se rapprochant de l'os ancien, avec lequel il se confond sans que l'on puisse dire exactement où commence l'un et où finit l'autre.

Mais, allons plus loin, et examinons successivement, en détail, chacune des trois extrémités osseuses qui constituent l'articulation du coude. L'*humerus* paraît avoir regagné la presque totalité de ce qu'il avait perdu. Dans la portion qui correspond au corps, le nouvel os représente suffisamment un humérus normal; il est toutefois beaucoup plus arrondi que celui-ci et sensiblement moins aplati dans le sens antéro-postérieur. Mais si l'on examine la partie libre, celle qui devait être en rapport avec les os de l'avant-bras, il n'est vraiment pas possible d'y reconnaître rien qui ressemble à l'extrémité articulaire que nous connaissons tous. Ce sont partout des stalactites d'une configuration bizarre, échappant à toute description, s'entre-croisant dans différents sens, et formant, en somme, une espèce de cage qui se prolonge, par une arrière-cavité, jusque dans le corps du nouvel os, et qui retient prisonnier un séquestre fourni par l'extrémité inférieure de la diaphyse humérale réséquée. En dedans, pas trace d'épitrochlée. En dehors, *quelque chose* qui peut, à la rigueur, passer pour un épicondyle; et, au-dessous de ce *quelque chose*, une sorte de longue apophyse recourbée qui allait rejoindre le cubitus, et qui s'est brisée sous les efforts d'extension exercés pendant la vie du malade.

Du côté du *radius*, nous ne trouvons plus ni col, ni tête, ni cupule ; la portion régénérée ne représente qu'un tubercule resté sans connexion avec l'humérus. Ce résultat n'a rien qui doive nous surprendre ; tous les expérimentateurs ont observé que les extrémités osseuses recouvertes de cartilage d'encroûtement ne se reproduisent jamais, et M. Ollier lui-même faisait remarquer, dans votre séance du 6 juin 1866, qu'il ne fallait pas compter sur la reproduction de la cupule radiale, car, pour cette extrémité osseuse, la résection ne devient sous-périostée que lorsqu'on arrive au col. La pièce de M. Jasseron confirme pleinement cette assertion.

L'extrémité supérieure du cubitus s'est reproduite partiellement, mais avec une configuration très-irrégulière et bien différente de la forme normale. En avant, une forte apophyse, aplatie transversalement, représente, à n'en pas douter, l'apophyse cancroïde; elle s'unissait aux stalactites de l'humérus En dedans, une épine saillante et pointue, dirigée de bas en haut, n'aurait certes pas manqué de s'opposer au rétablissement des mouvements du coude ; aussi s'était-elle fracturée lors de la rupture de l'ankylose. En arrière, nous constatons l'absence presque complète de l'olécrâne, ce qui est en contradiction apparente avec la plupart des faits observés jusqu'à ce jour. Vous n'ignorez pas, en effet, que les expérimentateurs ont noté, chez les jeunes sujets, l'aptitude remarquable du périoste olécrânien à reproduire du tissu osseux. Dans tous les cas de résections sous-périostées du coude cités par M. Ollier, la reproduction de l'olécrâne est des plus manifestes ; à tel point que le chirurgien de Lyon a cru utile de formuler quelques préceptes, afin d'éviter que, par une ossification trop rapide et trop abondante, le périoste olécrânien ne donnât naissance à un crochet recourbé pouvant gêner l'extension. Eh bien! messieurs, quelque paradoxal que cela puisse paraître de prime abord, la non-reproduction de l'olécrâne sur la pièce de M. Jasseron est, selon moi, la meilleure preuve que toutes les portions osseuses dont nous venons de constater la régénération ont été reproduites par le périoste seul, à l'exclusion des autres tissus péri-articulaires. Et vous partagerez sans peine cette opinion, si vous voulez bien vous souvenir que le périoste olécrânien avait été dilacéré et en partie détruit par l'instrument tranchant qui a causé la lésion initiale, et que la portion restante a dû perdre presque totalement sa propriété ostéogénique après un mois de suppuration à ciel ouvert. En résumé, dans les points où existait du cartilage d'encroûtement, dans les points où le périoste a manqué, pas de reproduction; partout ail-

leurs, régénération osseuse, mais régénération irrégulière et ne rappelant en rien le type primitif de l'articulation détruite. Quant au résultat fonctionnel, vous avez tous pu apprécier combien il laissait à désirer.

Sans aucun doute, c'est quelque chose que de pouvoir apprécier les faits, mais cela ne suffit pas, il faut encore les interpréter, et nous devons maintenant nous demander quelle part d'éloge ou de blâme revient à la méthode opératoire suivie. Après une résection du coude, sous-périostée ou non, deux écueils sont à éviter. Il importe de ne point laisser à son malade un avant bras flottant et réduit à l'impuissance par son excès de mobilité. D'autre part, on doit, autant que possible, viser au rétablissement de la fonction et conserver au coude la flexion et l'extension qui lui sont si nécessaires, en un mot, on doit prévenir l'ankylose. Le premier de ces résultats est de beaucoup le plus mauvais. Il est juste de reconnaître que la méthode sous-périostée tend à en diminuer la fréquence; mais il ne faudrait pas croire que la conservation du périoste assure toujours la solidité de l'articulation : témoin le nombre relativement élevé d'avant-bras ballottants constatés par M. Lœffler après la guerre des duchés de 1864. D'un autre côté, la méthode sous-périostée, en ménageant tous les tissus fibreux péri-articulaires, expose, toutes choses égales d'ailleurs, à l'ankylose plus que la méthode ancienne. Toutefois, d'après M. Ollier, lorsque la perte osseuse égale 7 à 8 centimètres, le canal périostéo-capsulaire serait trop long pour que les ossifications nouvelles pussent se rejoindre, et l'ankylose ne serait point à craindre ; mais vous avez pu voir combien cette assertion est loin d'être justifiée par les faits, puisque, dans l'observation de M. Jasseron, malgré l'ablation de 9 centimètres de longueur d'os, les ostéophytes se sont soudés. Est-ce à dire qu'il faille, dans ce cas, attribuer l'ankylose à la conservation du périoste ? A coup sur, personne ne le pensera. La vraie raison en est dans l'immobilité indéfiniment prolongée de l'article, immobilité déplorable dans ses conséquences, mais dont le chirurgien et la méthode sont tout à fait irréprochables.

Admettons, pour un instant, que le malade, moins récalcitrant, se fût prêté à la mobilisation méthodique et rationnelle dont on voulait le faire bénéficier, il resterait à savoir quel eût été, dans ce cas, le résultat définitif. Que les mouvements normaux de l'articulation se fussent rétablis, c'est ce qu'il est permis de supposer, mais c'est ce que votre rapporteur se garderait bien d'affirmer. En faveur de l'hypothèse, nous avons les précédents ; en effet, si l'on examine

le tableau statistique dressé par M. Ollier, on y voit que sur les neuf opérés survivant aux douze résections pratiquées, l'ankylose n'a pas été notée une seule fois. Mais, contre l'hypothèse, nous avons le fait même dont il est question, c'est-à-dire des ostéophytes disposés sans ordre apparent, et un séquestre dont la présence n'a certainement pas été étrangère à cette disparition des stalactites osseuses.

En somme, le fait de M. Jasseron tend à démontrer que la résection sous-capsulo-périostée du coude ne présente, sur le vivant, aucune difficulté particulière d'exécution, et que cette opération permet d'espérer, chez l'homme adulte, la reproduction presque intégrale — comme longueur — des os enlevés, dans tous les points où le périoste aura été laissé intact. Mais on n'en saurait conclure que les extrémités articulaires se reproduiront avec une forme approchant de la forme normale, ni que la jointure se constituera sur son type physiologique primitif. Quoi qu'il en soit, ce fait a paru intéressant à votre commission, qui vous propose, en conséquence, d'adresser des remercîments à l'auteur, et de faire figurer son observation dans vos bulletins, et, si le bulletin est très-chargé, de la déposer très-honorablement dans les archives. (Adopté.)

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Fistule urinaire ombilicale, due à la persistance de l'ouraque. — M. GUÉNIOT fait constater le résultat du traitement qu'il a employé contre cette affection, chez l'enfant qu'il a déjà présenté, le 5 juin dernier, à la Société. Cet enfant, aujourd'hui âgé de près d'un an, est complétement guéri : tumeur et fistule ont disparu, et l'ombilic se rapproche sensiblement de la conformation normale. M. Guéniot donnera les détails de l'observation dans une communication prochaine sur ce sujet.

Paralysie des muscles du bras, consécutive à une compression du cou. — M. GUÉNIOT présente un homme de 45 ans qui, à la suite d'une forte pression exercée par une machine sur la région antéro-latérale gauche du cou, a eu le bras correspondant subitement frappé de paralysie. L'accident date de huit jours. Une cicatrice superficielle se remarque au point qui a subi la violence et qui répond au muscle sterno-mastoïdien, vers le milieu de la longueur de ce muscle. Le bras est pendant et immobile sur le côté

du tronc ; tous ses muscles sont paralysés ; ceux de l'avant-bras, au contraire, conservent leur motilité, et la sensibilité est restée intacte. C'est un fait du même ordre que ceux qu'on observe quelquefois sur les enfants nouveau-nés qui ont été extraits à l'aide du forceps, et dont M. Guéniot a relaté, en 1867, une observation devant la Société. Dans l'un et l'autre cas, la paralysie est due à une contusion du plexus brachial au niveau du cou.

Trichiasis double. — M. TRÉLAT présente une jeune fille de 20 ans, opérée pour un *trichiasis des deux paupières* supérieures occupant au moins les deux tiers du bord libre, avec commencement d'ectropion.

A droite, l'opération a été faite par le procédé de William et Pagenstescher ; à gauche, par le procédé d'Anagnostakis. La comparaison des deux opérations sur le même sujet est tout à l'avantage du procédé d'Anagnostakis, qui a permis la restitution absolue des formes normales à l'œil gauche.

COMITÉ SECRET

A 5 heures, la Société se forme en comité secret pour entendre les communications relatives aux publications de la Société.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 17 JUILLET 1872.

Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux* ; — l'*Union médicale* ; — la *Gazette hebdomadaire* ; — le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* ; —

Bulletin général de thérapeutique; — l'*Art dentaire;* — le *Journal d'ophthalmologie;* — le *Bordeaux médical;* — la *Gazette médicale de Strasbourg.* — *Pansements à l'ouate,* par Raoul Hervey, interne des hôpitaux. — *Observation d'ovariotomie,* par le docteur Chapplain (de Marseille).

M. LARREY présente, au nom de M. Charles B. Brigham, un ouvrage intitulé : *Quelques observations chirurgicales.*

M. LABBÉ présente, au nom de M. le docteur Amédée Tardieu, un ouvrage intitulé : 8e *Ambulance de campagne de la Société de secours aux blessés.*

A PROPOS DE LA CORRESPONDANCE

Nouvelle note sur les injections intra-veineuses de chloral. — M. LABBÉ lit le travail suivant de M. Oré (de Bordeaux), membre correspondant.

M. Oré a pour but de renvoyer le lecteur à son mémoire, qui doit être publié prochainement et que la mention du procès-verbal ne faisait que signaler. Les expériences de M. Oré, intégralement reproduites, seront mises sous les yeux des lecteurs.

Cette note a pour objet de répondre aux discours de MM. Forget et Verneuil, dont les objections ont été inscrites au procès-verbal de la séance du 29 mai.

« Dans les expériences de la première catégorie, dit M. Forget, la strychnine a été administrée par l'estomac, etc., etc. » Si mon honorable collègue avait lu avec soin mon travail, avant de le discuter, il aurait pu se convaincre qu'il n'y est nulle part question de strychnine administrée par l'estomac. Le chloral ne peut donc pas avoir donné d'insuccès dans une opération qui n'a pas été faite.

Plus loin, en parlant de mes expériences, où le chloral et la strychnine ont été injectés simultanément dans les vaisseaux, M. Forget ajoute :

« Or, il résulte de ce mélange de deux substances, qui a pour effet d'affaiblir, d'annihiler en partie la propriété toxique de la strychnine, que celle-ci devient impropre à produire sur l'organisme les effets physiologiques auxquels le chloral doit remédier.

« Ces expériences ne prouvent donc pas que le chloral ait guéri un tétanos strychnique qui n'a pas existé; elles ne prouvent qu'une chose qu'il était facile de prévoir : c'est qu'affaiblie, altérée, modifiée

par son mélange avec le chloral, la strychnine, ainsi devenue impure, perd sa propriété tétanogène. »

M. Forget énonce une hypothèse gratuite et que l'expérience condamne. La strychnine affaiblie, altérée, modifiée par son mélange avec le chloral, devenant impure par suite de ce mélange et perdant, dès lors, toutes ses propriétés tétanogènes ! Il faudrait la preuve expérimentale de toutes ces assertions. Le chloral et la strychnine, en s'unissant, ne forment pas une combinaison, c'est-à-dire un corps nouveau, mais un simple mélange, dans lequel, suivant la loi de tous les mélanges, chaque substance conserve ses propriétés caractéristiques. Les expériences suivantes le prouvent.

1° Qu'on injecte dans la veine crurale d'un chien pesant 7 à 8 kilogrammes, *sept* milligrammes de strychnine, dix ou quinze secondes après, on assistera au développement du tétanos strychnique, qui se terminera par la mort après trois ou quatre minutes.

2° Qu'alors, on mélange *sept* milligrammes de strychnine avec *un* gramme de chloral, et qu'on injecte ce mélange dans la veine crurale d'un chien du même poids, on assistera, après dix ou quinze secondes, au développement d'un tétanos strychnique absolument semblable au précédent. L'animal passera par des crises alternatives de contractures, de relâchement musculaire et de sommeil ; mais finalement, la strychnine l'emportera, à cause de l'insuffisance dans la dose du chloral, et l'animal succombant, prouvera que le mélange de cet alcoloïde avec le chloral ne lui a fait perdre, en aucune façon, ses propriétés tétanogènes.

3° Que l'on augmente alors la dose de chloral, qu'on se place dans les conditions où je me suis placé moi-même dans les deux dernières expériences de mon mémoire, on verra les mêmes phénomènes de contractures et de relâchement musculaire, mais le chien survivra.

Le mécanisme par lequel s'opère cette neutralisation est tout à fait physiologique ; le voici : la strychnine et le chloral possèdent des propriétés essentiellement opposées. Tandis que la première détermine un véritable tétanos, l'autre paralyse le pouvoir excito-moteur de la moelle et suspend par suite, momentanément, l'action mortelle de la strychnine. Je dis momentanément, parce que le chloral s'éliminant plus vite que la strychnine, les effets physiologiques de cette dernière apparaîtront de nouveau dès qu'il (le chloral) aura disparu de l'organisme. Or, en faisant des injections fréquentes de chloral pendant toute la durée de l'expérience, on donne à la

strychnine le temps de s'éliminer la première. Il en résulte qu'à un moment donné, l'organisme étant débarrassé de ce puissant alcaloïde, les phénomènes propres au chloral se manifestent seuls.

L'expérience suivante mettra ce mécanisme en lumière, en même temps qu'elle répondra à la dernière objection de M. Forget : « Ces expériences ne prouvent pas que le chloral ait guéri un tétanos strychnique qui n'a pas existé. »

EXPÉRIENCE. — *Injection sous-cutanée de* un *centigramme de strychnine à un chien de 8 kilos. — Tétanos strychnique. — Injections intra-veineuses et répétées de chloral commencées seulement après le développement bien tranché des convulsions. — Guérison de l'animal.*

Des expériences multipliées m'ayant appris que *un* centigramme de strychnine, injecté dans le tissu cellulaire d'un chien du poids de 8 kilos, amène constamment la mort, par suite du tétanos strychnique, j'ai fait sur un jeune chien pesant 8 kil. 200 gr. l'expérience qui suit :

2 heures 22 minutes.— Injection sous-cutanée de *un* centigramme de strychnine.

2 heures 50 minutes. — L'animal est inquiet, sa marche difficile, convulsive.

2 heures 52 minutes. — Crise tétanique violente, trismus, opisthotonos. A ce moment, le tétanos strychnique étant parfaitement accentué, j'injecte dans la veine crurale droite *deux* grammes de chloral. Aussitôt le calme revient, les convulsions diminuent, s'arrêtent, et l'animal s'endort.

3 heures. — Nouvelles convulsions, pendant lesquelles le sommeil n'est pas interrompu. La respiration est rapide, bruyante, l'animal fait entendre quelques cris intermittents.

3 heures 4 minutes. — Les convulsions s'accentuent de plus en plus. Nouvelle injection intra-veineuse de *cinquante* centigrammes de chloral.

Le calme reparaît ; sommeil profond, respiration régulière ; cet état dure jusqu'à 3 h. 21 minutes.

3 h. 21 minutes. — Les convulsions recommencent ; elles sont plus longues ; opisthotonos.

Troisième injection de *cinquante* centigrammes de chloral par la même ouverture et par la même veine.

Depuis ce moment, jusqu'à 6 heures 5 minutes, les alternatives de contraction et de relâchement musculaire n'ont pas cessé ; tantôt

l'animal a paru plongé dans un sommeil profond avec paralysie des mouvements et de la sensibilité ; tantôt, au contraire, il a présenté tous les phénomènes du tétanos strychnique ; or, chaque fois que ces derniers ont paru devoir l'emporter sur les autres, j'ai injecté une nouvelle dose de *cinquante* centigrammes de chloral. C'est ainsi que j'ai fait pénétrer dans la veine crurale huit injections de cette substance, représentant une dose totale de *cinq* grammes *cinquante* centigrammes.

A 6 heures 5 minutes, le chien a une crise convulsive générale, suivie d'une suspension momentanée de la respiration, qui n'a pas tardé à se rétablir naturellement. Ce fut la dernière crise. La strychnine avait été entièrement éliminée. L'animal, qui a parfaitement survécu, qui a même servi à une autre expérience, est resté, à partir de ce moment, sous l'influence du chloral, qui s'est prolongée pendant plusieurs jours.

J'espère qu'après le récit de cette expérience, qui, répétée cinq fois, m'a toujours donné les mêmes résultats, M. Forget ne persistera pas à dire que j'ai guéri avec le chloral un tétanos strychnique qui n'a pas existé.

J'arrive aux observations de M. Verneuil.

Première observation. — « L'antagonisme du chloral et de la strychnine n'est pas nouveau; O. Liebreich l'avait bien indiqué. Les expériences de M. Oré ne nous apprennent donc rien à cet égard. » (*Union médicale*, t. LXXII, p. 886, année 1872.)

Précédemment, M. Verneuil avait dit :

« C'est donc à la physiologie que nous devons nous adresser pour avoir l'explication des phénomènes. Or la physiologie nous avait déjà enseigné, entre autres, que le plus puissant antagoniste de la strychnine est précisément le chloral : celui-ci, administré à la dose d'*un* gramme, fait cesser les convulsions provoquées par la strychnine, et cela dans huit ou dix minutes. » (*Bulletin de la Société de chirurgie pendant l'année* 1870, t. II, 2e série, 1er fascicule, p. 118.)

Voici ma réponse : Je demanderai d'abord à M. Verneuil si l'expérience où, à l'aide d'*un* gramme de chloral, on a arrêté les convulsions déterminées par la strychnine, a été faite par lui, ou s'il s'est contenté de la rappeler d'après O. Liebreich, en en prenant la responsabilité. Dans le premier cas, il faudrait la répéter, en se plaçant dans les conditions suivantes : Qu'on prenne un chien

pesant 8 kilogrammes, auquel on fera une injection sous-cutanée d'*un* centigramme de strychnine (dose mortelle pour un chien de ce poids); qu'on attende que le tétanos strychnique se soit franchement manifesté, qu'alors on cherche à l'arrêter, à empêcher la mort en administrant à l'animal *un* gramme de chloral; j'affirme qu'après huit ou dix minutes on le verra succomber infailliblement. Dans le second cas, si M. Verneuil n'a fait que répéter ce qui avait été dit par un autre, je dirai que l'expérience est aussi inexacte, pour la même raison, que les expériences à l'aide desquelles M. O. Liebreich a essayé de démontrer que la strychnine est l'antidote du chloral. J'ai prouvé ce dernier fait dans trois notes successives que j'ai adressées récemment à l'Académie des sciences.

Que le chloral employé contre des convulsions occasionnées par une dose non mortelle de strychnine paraisse avoir contribué à empêcher, en quelques minutes, une terminaison fatale qui ne serait pas arrivée sans lui, j'en suis convaincu; mais qu'après avoir constaté par l'expérience quelle est la quantité de strychnine nécessaire pour tuer un animal d'un poids déterminé, on essaye d'empêcher la mort avec *un* gramme de chloral, si l'alcaloïde a été administré à dose toxique, j'affirme qu'on n'y parviendra jamais.

Du reste, les deux expériences que je vais rapporter lèveront tous les doutes à cet égard.

Première expérience. — Chien du poids de 8 kilogrammes. Injection sous-cutanée d'*un* centigramme de strychnine (dose mortelle). L'injection faite à 5 heures 15 minutes, le tétanos strychnique se montre à 5 heures 20 minutes. J'introduis aussitôt *un* gramme de chloral dans le tissu cellulaire des parois abdominales. Trois minutes après, l'animal succombe au milieu des convulsions strychniques les mieux caractérisées.

Deuxième expérience. — Chien pesant 14 kilogrammes. Injection sous-cutanée de *treize* milligrammes de strychnine (dose mortelle pour un chien de ce poids), faite à 2 heures 30 minutes. Apparition bien tranchée du tétanos strychnique à 2 heures 40 minutes. Alors, injection de *trois* grammes de chloral dans la veine crurale droite. Aussitôt, les convulsions s'arrêtent, le relâchement musculaire lui succède, ainsi que le sommeil. Cet état dure, avec quelques contractions générales intermittentes, pendant quarante-cinq minutes, c'est-à-dire jusqu'à 3 heures 25 minutes.

3 heures 25 minutes. — Crise tétanique générale, qui dure deux minutes.

Injection sous-cutanée de quatre *grammes de chloral.* — Les crises se multipliant, je fais, à 3 heures 50 minutes, une nouvelle injection sous-cutanée de *deux* grammes de chloral.

L'animal succombe, à 3 heures 57 minutes, au milieu d'une forte crise tétanique.

Si l'on compare entre elles ces deux expériences, il est impossible de ne pas reconnaître qu'elles ont été faites dans les mêmes conditions. Les deux chiens avaient reçu des doses mortelles de strychnine, et l'on a attendu la manifestation du tétanos pour introduire le chloral. Cependant, dans le premier cas, le chien est mort en huit minutes; dans le second, il a survécu une heure dix-sept minutes. D'où provient cette différence? Elle provient de ce que, dans le second cas, j'ai eu le soin de faire d'abord une injection intra-veineuse de chloral, qui a suspendu momentanément l'action de la strychnine. Mais cette dose de *trois* grammes était insuffisante pour la neutraliser d'une manière définitive. Aussi, malgré les deux nouvelles injections sous-cutanées de *six* grammes de chloral, ce qui porte à *neuf* grammes la quantité introduite dans l'organisme, la mort est arrivée avec tous les phénomènes tétaniques. Si j'eusse continué les injections intra-veineuses, l'animal aurait survécu, ainsi que je l'ai démontré plus haut.

Je connais les travaux de M. O. Liebreich, et je n'ignore pas qu'il a parlé de l'antagonisme du chloral et de la stychnine. Mais en quels termes en a-t-il parlé? « Le chloral diminue l'action de la strychnine, à la condition d'être donné très-promptement après l'administration de l'alcaloïde. » (*Comptes rendus de l'Acad. des sc.*, t. LXX, p. 404, 1870). Le chloral *diminue*, d'accord; mais non pas *neutralise, annihile, rend inoffensive,* ainsi que je l'ai démontré.

Garnier, faisant allusion à cet antagonisme, dit : « Expérimenté avec la strychnine, l'hydrate de chloral en arrête les symptômes tétaniques en maintenant la vie plus longtemps, mais sans empêcher la mort. » (*Dictionn. des progrès des sc. méd.*, 1870, 6e année, p. 107).

Dans sa thèse, à propos des substances antagonistes du chloral, M. Camboulive, après avoir rapporté les recherches d'O. Liebreich tendant à démontrer que la strychnine est l'antidote du chloral, termine ainsi : Si la strychnine est l'antidote du chloral, peut-on dire réciproquement que le chloral soit l'antidote de la strychnine? Évidemment non, et la meilleure raison que l'on en puisse donner, c'est qu'il n'exerce son action qu'un quart d'heure ou une demi-heure après avoir été ingéré, tandis que la strychnine tue

au bout de dix ou quinze minutes. (*Hydrate de chloral*, th. de Paris, n° 15, 1871, t. II, p. 47.)

A propos de cette première observation de M. Verneuil, je suis donc amené à conclure :

1° Ou la quantité de strychnine administrée à un animal est suffisante pour donner la mort, ou elle ne l'est pas. Si elle l'est, jamais ni *un* gramme, ni *deux* grammes, ni *dix* grammes de chloral, injectés soit dans l'estomac, soit dans le tissu cellulaire souscutané, ne conjureront la terminaison fatale, qui arrivera bien avant que le chloral ait eu le temps d'être absorbé. M. Verneuil a affirmé un fait qui, à mon sens, repose sur une expérience défectueuse à son point de départ.

2° L'injection intra-veineuse de chloral à doses fractionnées et répétées pourra seule, à cause de sa rapidité d'action, neutraliser, annihiler les effets si promptement toxiques de la strychnine, par le mécanisme que j'ai indiqué.

3° Je me crois autorisé à affirmer que je suis le premier expérimentateur qui ait prouvé que le chloral est véritablement l'antidote de la strychnine.

4° J'arrive à la seconde observation :

« Il y a, continue M. Verneuil, une grosse objection à adresser aux injections de chloral dans les veines : c'est qu'elles ne sont pas faciles à pratiquer. »

J'avoue mon étonnement, à moins que, par faciles à pratiquer, M. Verneuil veuille dire dangereuses à pratiquer. S'il en est ainsi, je répondrai que, dans sa longue et remarquable thèse (*Histoire des injections dans les veines, depuis leur découverte jusqu'à nos jours*, Paris, 1870, n° 43), M. Ladivi-Roche, après avoir rapporté fidèlement tous les faits connus d'injections intra-veineuses, conclut de la sorte :

« Les injections de médicaments dans les veines sont dans la pratique médicale depuis bientôt trois siècles. Toutes les fois que l'on y a eu recours, elles ont apporté un soulagement sensible aux malades, et souvent la guérison complète. Il n'y a point d'exemple de mort, soit subite, soit plus ou moins éloignée, qui puisse leur être directement imputée. »

Voilà pour le danger. Quant à la difficulté opératoire, elle est à peu près la même, mais à un moindre degré, que pour la saignée

du bras. J'en parle avec connaissance de cause, puisque j'ai pratiqué l'injection intra-veineuse sur l'homme dans un cas de rage.

On place une ligature autour du membre, de manière à faire gonfler la veine choisie pour l'opération; on la pique avec la canule d'une seringue à injection hypodermique, et l'on passe la solution d'hydrate de chloral dans le vaisseau. Il s'agit, en définitive, d'une simple piqûre des parties molles et des parois vasculaires, qui sont ainsi beaucoup moins divisées que par l'extrémité d'une lancette.

3° M. Verneuil ajoute une autre considération : « Le chloral doit être administré quelquefois à des doses considérables et surtout répétées. Les tétanos qui guérissent par le chloral durant en moyenne vingt-cinq jours, il faut, pour maintenir le malade dans la narcose, revenir au chloral cinq ou six fois par jour. Serait-il pratique de faire cinq ou six injections dans les veines pendant vingt-cinq jours? »

J'ai établi dans une première série d'expériences que le chloral, injecté directement dans les veines, exerçait sur l'organisme une action très-rapide, immédiate, dont la durée est habituellement fort longue. C'est ainsi que j'ai vu des chiens et des lapins rester sous l'influence d'une dose assez élevée pendant vingt-quatre, trente-six, quarante-huit, soixante heures. Administré par l'estomac ou la voie hypodermique, les effets sont naturellement plus lents, souvent incertains, et se dissipent plus vite. De là l'obligation où s'est trouvé M. Verneuil lui-même d'employer plus de 200 grammes de chloral pour guérir un tétanos.

Si M. Verneuil avait employé chez son malade l'injection intraveineuse, mes expériences m'autorisent à penser qu'avec huit ou dix inject ons, pendant vingt-cinq jours, il aurait obtenu le même résultat. On objectera peut-être qu'il n'est pas sans danger de piquer huit ou dix fois une ou plusieurs veines. A cela je répondrai qu'à l'époque où régnait en souveraine la méthode sanglante des saignées coup sur coup, on n'hésitait pas, dans l'espace de quatre à cinq jours, à ouvrir six, huit, dix fois la médiane basilique ou la céphalique. Si cette méthode est aujourd'hui abandonnée, ce n'est ni à la phlébite, ni à d'autres accidents qui lui incombent que l'on doit l'attribuer, mais à l'anémie profonde et aux convalescences sans fin auxquelles elle a donné lieu.

J'arrive enfin à la dernière observation de M. Verneuil. Je l'emprunte à l'*Union médicale*, le procès-verbal officiel n'en faisant qu'une simple mention.

« M. Verneuil espérait que M. Oré se serait occupé de rechercher expérimentalement quelles sont les meilleures conditions de l'administration du chloral pour obtenir de ce médicament des effets physiologiques et thérapeutiques ; quelles sont les causes qui font que, dans certains cas, le chloral ne produit aucun effet ; si cela tient à la mauvaise qualité du médicament ou à sa non-absorption. » (*Union médicale*, année 1872, p. 886.)

Que M. Verneuil me permette de lui répondre que je n'ai pas fait autre chose, dans toutes mes expériences, que de rechercher les meilleures conditions de l'administration du chloral ; or, de la comparaison entre l'absorption digestive, hypodermique, intra-veineuse, il résulte que celle-ci m'a paru infiniment supérieure aux deux autres. Comme lui, j'ai observé, tant sur l'homme que sur les animaux, que le chloral, donné par les voies ordinaires, est un médicament infidèle, par suite d'une absorption quelquefois insuffisante. Or, ce défaut d'absorption ne saurait exister quand il est mis directement en contact avec le sang. De là les effets thérapeutiques constants, bien accentués et durables ; de là surtout les effets si inattendus sur la sensibilité. Des expériences nombreuses, variées, fréquemment répétées, m'ont appris, en effet, ainsi que je le dirai prochainement, que le chloral injecté dans les veines constitue le plus puissant de tous les anesthésiques. Il suffit alors de *deux, trois, quatre, six* grammes, suivant le poids de l'animal, pour le plonger immédiatement dans un état d'insensibilité tel qu'aucun excitant, à part les courants électriques, n'est capable de faire cesser. Cette insensibilité, qui ressemble à celle du cadavre, dure pendant une, deux, trois, cinq heures ; et, alors que toutes les fonctions de l'axe cérébro-spinal sont momentanément anéanties, la respiration continue, calme et régulière. Il est pour moi expérimentalement démontré aujourd'hui que le chloral est un anesthésique chirurgical bien supérieur au chloroforme : d'abord parce que l'insensibilité qu'il produit est infiniment plus complète et plus durable, ensuite parce qu'il ne détermine, du côté du bulbe, aucun de ces phénomènes asphyxiques inquiétants qui s'observent si fréquemment à la suite du chloroforme.

Je crois avoir répondu à toutes les objections faites à mon mémoire. Je terminerai par une dernière réflexion.

Si la physiologie expérimentale n'est pas une illusion ; si l'on est autorisé à conclure des expériences sur les animaux à l'homme, les injections intra-veineuses de chloral constitueront le meilleur et

le plus sûr moyen de combattre les empoisonnements par la strychnine, en même temps qu'elles sont appelées à donner des résultats tout à fait inattendus dans le traitement des tétanos et des affections convulsives.

M. VERNEUIL. M. Oré réclame la priorité de la démonstration de l'antagonisme de la strychnine et du chloral; je n'ai rien à dire, le public jugera.

Quant à mes paroles de 1870, alors que j'aurais dit que *un* gramme de chloral aurait arrêté un tétanos strychnique, j'ai cité O. Liebrich. J'ai induit ensuite de ce fait que le chloral était bon contre le tétanos, sans toutefois vouloir me donner des droits à la priorité de l'emploi du chloral contre le tétanos. Langenbeck, en effet, avait écrit avant moi qu'on avait obtenu de bons effets du chloral contre le tétanos.

J'ai dit que les injections de chloral contre le tétanos seraient plus pratiques si elles étaient faites dans le tissu cellulaire. J'en ai déjà fait l'expérience pour des névralgies hystériques; elles n'offrent pas les dangers des injections intra-veineuses, et elles sont suivies d'un effet certain.

M. FORGET. M. Oré dit, dans sa nouvelle note, qu'il ne donne pas le chloral en même temps que la strychnine. Il y a eu un intervalle de temps entre les deux injections, soit, mais de là à conclure que le tétanos se comporterait comme l'empoisonnement par la strychnine, il y a loin. Une maladie de l'économie humaine ne saurait être identique à un empoisonnement d'un animal, qui n'a ni la structure intime ni les fonctions de l'homme.

RAPPORTS

Des eaux minérales d'Aix pour les blessures de guerre.— M. FORGET lit un rapport sur un travail de M. le Dr Léon Brachet (d'Aix), sur *l'efficacité du traitement thermal aux eaux d'Aix (Savoie) dans les lésions consécutives aux plaies par armes de guerre.*

Le travail de M. Brachet, collègue aux eaux d'Aix de M. Davat, membre correspondant, qui nous a lu ici un travail, traite du même sujet et arrive à des conclusions identiques sur les effets incontestables du traitement thermal dans les fractures anciennes, compliquées de fistulesossifluentes avec séquestres ou corps étrangers, dont il provoque l'élimination. Ses bons effets se montrent également à

l'endroit des pseudarthroses, des rétractions musculaires et des paralysies traumatiques.

L'accord parfait entre nos deux collègues, placés tous les deux dans le même champ d'observation, me dispense de vous faire l'analyse détaillée du mémoire de M. Brachet, qui confirme en tous points.

Du mémoire de M. Brachet, je me bornerai à extraire une seule observation, qui se recommande à votre attention.

Plaie de la région sterno-claviculaire du côté gauche par un éclat d'obus. — Ostéite suppurée. — Hydro-pneumothorax. — Fistule pulmonaire communiquant avec le foyer de la fracture.

G..., caporal au 44e, fut blessé, le 21 août, à la bataille de Servilly, près Metz, par un éclat d'obus qui lui fractura la clavicule gauche, le sternum et les première et deuxième côtes.

Le 10 décembre, trois mois après l'accident, G... fut admis à l'ambulance d'Aix, en Savoie.

A cette époque, le blessé éprouve une dyspnée intense. A la simple vue, on constate une immobilité relative du tiers supérieur du thorax, à gauche. Les mouvements respiratoires sont fortement saccadés; il existe un bruit de frôlement très-marqué dans la région sus-mammaire.

Vibrations vocales modifiées, devenues broncbopboniques; résonnance amphorique à la partie antéro-supérieure; toux sèche, fréquente; prostration des forces; anorexie, insomnie.

Il existe dans la région sterno-claviculaire une double fistule s'ouvrant au-dessous de la clavicule, à un centimètre du sternum. L'une a un trajet de trois centimètres, l'autre est un peu moins étendue.

La première, horizontalement dirigée, traverse une série d'os nécrosés, dont le stylet reconnaît la disposition irrégulière. La deuxième, dirigée de bas en haut, conduit sur un plan osseux, lisse, qui n'est autre que la clavicule. La suppuration est très-abondante.

Après trois mois de la médication thermale, inhalations et douches locales de vapeur, qui donnèrent lieu à l'élimination de plusieurs esquilles dont l'extraction paraissait soulager le malade, son état s'améliora sensiblement; il reprit de l'appétit, de l'embonpoint; les symptômes pleurétiques avaient cédé en partie. La dyspnée

persisté, à un degré moindre, ainsi que la modification de la voix.

Le malade était assez bien pour qu'on songeât à l'envoyer à Hautecombe, lieu de convalescence.

Il y était depuis quelques jours, lorsque, à la suite de promenades sur le lac du Bourget, pendant lesquelles il avait manœuvré les rames du bateau, il éprouva une recrudescence formidable des symptômes qu'il avait présentés antérieurement.

Les fistules s'enflammèrent; la suppuration devint très-abondante; M. Brachet dut extraire une esquille volumineuse. Des injections, dirigées dans le foyer purulent, déterminèrent de violents accès de toux et furent rejetées par expuition. Le pneumothorax prit rapidement des proportions considérables, et la mort survint le 23 mars.

A l'*autopsie*, la cavité pleurale est remplie d'un liquide purulent, épais, mélangé d'une notable quantité d'air; les divisions bronchiques en contiennent également beaucoup, et le poumon est très-adhérent au niveau du point qui correspond au siége de fracture par des bandes membraneuses et qui confondent entre eux les deux feuillets de la séreuse. L'examen des os démontre l'existence, à la face intérieure de l'extrémité interne de la clavicule, d'un foyer assez large, circonscrit par des stalactites osseuses dont la longueur, la forme en crochet et en aiguilles acérées, la direction surtout vers le sommet du poumon, peuvent rendre raison de la phlegmasie viscérale, qui a eu pour conséquence la perforation des bronches par une sorte de traumatisme dû à l'action, en queque sorte mécanique, des processus osseux consécutivement développés.

La clavicule, en effet, comme on peut le voir sur la pièce que je place sous vos yeux, présente, dans son tiers interne et à sa face inférieure, une ostéoïde informe, volumineuse, faisant complétement corps avec l'os physiologique, sans qu'on puisse retrouver le point précis de l'adhérence entre l'un et l'autre. Cette ossification singulière me paraît le résultat de la fracture comminutive de l'extrémité sternale de la clavicule, de la portion contiguë du sternum et de l'arc osseux de la première côte.

La régénération osseuse, en ce cas, implique la conservation du périoste sur des fragments détachés et isolés par la cause vulnérante. La destruction du périoste eût transformé ces fragments en séquestres dont l'élimination eût été nécessaire pour que la guérison pût s'effectuer. Consolidés et soudés les uns aux autres dans la position vicieuse et irrégulière où le traumatisme les avait placés, ces fragments, comme on a pu le voir, sont devenus, pour le

viscère qui leur était contigu, un agent vulnérant dont les effets funestes étaient presque inévitables.

C'est donc à ce point de vue anatomo-pathologique que cette observation de M. Brachet se recommande surtout à votre attention.

Votre commission, en terminant, vous rappelle que ce confrère instruit et laborieux vous a adressé depuis quelques années d'autres travaux intéressants : 1° un cas de tétanos traumatique traité avec succès par la médication thermale; 2° une observation du myome intra-vaginal compliquant la grossesse et opéré avec succès au moment de l'accouchement; 3° une pièce d'anatomie pathologique (myome utérin) d'un volume énorme.

Votre commission vous propose de maintenir son nom sur la liste des candidats à la place de membre correspondant, et de déposer son mémoire aux archives. (Adopté.)

M. GIRALDÈS. Le mémoire de M. Brachet et le rapport de M. Forget ont pour titre : *De l'efficacité des eaux minérales d'Aix dans le traitement des blessures de guerre.* Rien dans le rapport ne témoigne de la supériorité des eaux d'Aix sur les autres eaux minérales sulfureuses.

M. PAULET. Il est au moins difficile de prouver l'efficacité des eaux d'Aix d'après le rapport, puisque celui-ci ne porte que sur une autopsie d'un malade qui a été traité dans cette station minérale.

M. FORGET dit qu'il n'avait pas l'intention d'établir de comparaison entre les différentes eaux minérales.

Contagion de l'érysipèle. — M. SÉE, au nom d'une commission composée de MM. Cruveilhier, Panas et Sée, lit un rapport sur une observation d'érysipèle contagieux transmis à divers membres d'une même famille, par M. le docteur Deharme (de Chatou) :

La divergence d'opinions qui s'est manifestée au sein de la Société de chirurgie, relativement à la contagion de l'érysipèle, a porté M. le docteur Deharme à vous communiquer une observation par laquelle il a « la prétention légitime, ce sont ses expressions, de répondre à toutes les exigences possibles, parce que, dit-il, elle est l'expression pure et simple d'un fait capital et authentique, à savoir un cas sans précédent d'inoculation érysipélateuse. » Voici presque textuellement les détails principaux de cette observation :

Un homme de 25 ans, en aidant à décharger des pierres, fut blessé au bras droit, et reçut, pendant cinq jours, des soins à l'hôpital Beaujon. Il rentra ensuite chez lui, et fut traité par le docteur

Deharme. Dès le lendemain, il fut pris d'*érysipèle phlegmoneux*, suivi de fusées purulentes, dont il ne fut guéri qu'après deux mois de suppuration.

Vers la fin du deuxième septenaire du traitement, le docteur Deharme, venant un jour de panser son blessé, fut pris de fièvre, accompagnée « de tous les prodromes d'une affection sérieuse » ; puis les symptômes s'aggravèrent, et, après deux jours d'incubation, il parut un érysipèle de la face : il y avait de la rougeur et du gonflement d'une des ailes du nez, un engorgement douloureux des ganglions sous-maxillaires, de la céphalalgie ; le pouls était à 120 ; les urines sanguinolentes.

Le docteur Deharme, à ce moment, regardant sa main, retrouva sur un doigt la trace d'une piqûre d'aubépine qu'il s'était faite peu avant. La petite blessure n'était point douloureuse, mais elle était entourée d'une auréole brunâtre, sorte d'indice d'un commencement d'infection locale. On cautérisa ce point suspect, trop tard bien entendu, la petite porte, un instant ouverte, ayant livré passage au pus virulent dont les mains de M. le docteur Deharme, en fonction de pansement, s'étaient imprégnées dix minutes après la piqûre. L'érysipèle gagna le cuir chevelu et détermina une fièvre intense avec délire ; après les tortures d'un anthrax concomitant, le malade se rétablit ; mais trois enfants et un de ses neveux qui était venu le soigner, furent successivement atteints d'érysipèles, à forme plus ou moins grave. Il en conclut que cette maladie est essentiellement contagieuse, et qu'elle est transmissible en toute circonstance par voie d'insertion endermique et par voie d'émanation miasmatique.

Ces conclusions n'ont pas paru à votre commission découler aussi naturellement que semble le croire M. Deharme des faits dont il a été à la fois le témoin et la victime. Outre que la lecture de l'observation presque sommaire de M. le docteur Deharme laisse des doutes sur la nature des accidents qui ont suivi la blessure de l'homme soigné d'abord à l'hôpital Beaujon, il est difficile d'admettre qu'un érysipèle de la face doive être attribué à l'inoculation d'un poison septique par une piqûre d'un doigt. On ne saurait voir non plus un fait de contagion dans l'érysipèle de la plus jeune des filles de M. Deharme, à propos duquel l'auteur dit : « J'étais à peine alité, je ne portais aucun signe extérieur d'érysipèle, que, déjà, ma plus jeune enfant, âgée de 16 ans, tombait malade, contagiée d'un érysipèle qui, fort heureusement, se bornait au visage. L'évolution, assez remarquable, s'en était opérée avant l'apparition

chez moi de tout érythème, avant la période encore fort éloignée de la desquammation, à laquelle on fait jouer un rôle si important, et peut-être trop, dans la transmission des fièvres éruptives. » On voit que l'auteur assimile l'érysipèle à une fièvre éruptive, ce que personne n'admet plus de nos jours, et qu'il lui applique à tort ce qui n'appartient qu'à la scarlatine.

Il faudrait aussi une forte dose de bonne volonté pour voir un érysipèle dans le fait relatif à la fille cadette de M. Deharme, dont le père dit : « Une fille cadette, bien que fort éprouvée par de vieilles et de longues fatigues physiques et morales, ne ressentit pourtant qu'une influence minime de l'infection : un malaise général, sentiment de lassitude durant quelques jours, lié, comme symptôme caractéristique, à un engorgement des ganglions du cou : ce fut une sorte d'érysipèle restreint. » Là encore il y a une vague réminiscence de ce qui a lieu pour la scarlatine.

Quant à la fille aînée et au neveu de M. Deharme, ils paraissent effectivement avoir été atteints d'érysipèle ; mais on voudrait trouver dans l'observation quelques détails, au moins, sur la marche de cette maladie.

En résumé, l'observation communiquée par M. le docteur Deharme est trop écourtée pour qu'il soit possible de porter sur elle un jugement certain. Dans tous les cas, elle ne paraît pas à votre commission de nature à constituer une preuve en faveur de la thèse que soutient l'auteur. Nous vous proposons, en conséquence, d'adresser des remercîments à M Deharme pour sa communication, et de déposer son travail aux archives.

M. DESPRÉS. Je partage l'avis de la commission sur les observations de M. le docteur Deharme. J'ajoute que ces faits ne prouvent nullement la contagiosité de l'érysipèle, mais qu'ils ne sont ni moins ni plus probants que les faits affirmés par d'autres, Wells, Duncan, et plus tard MM. Fenestre et H. Martin et les autres partisans de la propriété contagieuse de l'érysipèle.

M. MARJOLIN. Il est nécessaire de produire les observations contradictoires devant le public; je demande l'insertion au bulletin du rapport de M. Sée.

M. CHASSAIGNAC. Mais les observations rapportées par M. Gosselin dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* sont probantes.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix l'insertion du rapport dans les bulletins. (Adopté.)

COMMUNICATIONS

Greffes animales transplantées sur l'homme. — M. DUBRUEIL. J'ai, il y a peu de temps, essayé de greffer sur des plaies ou des ulcères en bon état des lambeaux de peau empruntés à des animaux.

Sur un premier malade atteint d'un ulcère de jambe, j'ai greffé cinq petits lambeaux de peau de cochon d'Inde. La face profonde de ces lambeaux avait été dépouillée avec soin des parcelles de tissu graisseux, qui lui étaient demeurées adhérentes; chaque lambeau pouvait avoir 1 centimètre carré. Ces fistules de peau ainsi transplantées et maintenues à l'aide de bandelettes de diachylon, ont contracté des adhérences avec les parties sur lesquelles elles ont été appliquées, et ont continué à vivre dans leur portion dermique.

Quant à l'épiderme, il s'est détaché au bout de quelques jours, entraînant avec lui les poils.

Sur une femme âgée, portant à la partie supérieure de la joue droite une plaie résultant de la cautérisation d'un ulcère épithélial, j'ai appliqué un lambeau allongé ayant à peu près 3 centimètres de long sur 1 centimètre de haut, lambeau emprunté à la paroi abdominale d'un jeune chien.

Cette portion de peau, un peu trop petite pour couvrir toute l'étendue de la perte de substance qu'elle était destinée à combler, n'en permettra pas moins d'éviter l'ectropion et la rétraction de la commissure labiale qui étaient imminents. Ici, comme pour le premier malade, il y a eu chute de l'épiderme.

La peau de chien, surtout celle prise sur la paroi abdominale, me paraît bien préférables pour ces sortes de greffes à celle de cochon d'Inde.

M. FORGET demande à M. Dubrueil si le lambeau adhérait à la surface couverte de bourgeons charnus, le cinquième jour après que l'épiderme du lambeau fut détaché.

M. DEMARQUAY. J'ai voulu voir si les greffes épidermiques pouvaient prendre sur les surfaces cancéreuses. Des expériences que j'ai faites, il résulte que ces greffes pouvaient prendre, et je me suis demandé si l'on ne pouvait pas les mettre en usage pour les *noli me tangere*.

M. PAULET. Il y a une thèse de M. Lintilhac, publiée en 1848 en-

viron, et qui traite des transplantations de peau sous le nom d'hétéroplastie.

M. TRÉLAT. Un auteur anglais, Howard, je crois, a fait de ces transplantations.

M. DESPRÉS. Les travaux de M. Bert sur les greffes animales ont été l'origine de ces expériences.

M. BLOT. Les greffes de M. Bert étaient pratiquées sur l'animal lui-même. Les mémoires de la Société de biologie en font foi.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Pénitis. — M. DEMARQUAY présente un fait rare de suppuration des corps caverneux. Voici l'observation :

M. X..., âgé de 38 ans, négociant, entre le 17 avril 1872 à la Maison de santé, dans le service de M. Demarquay.

Antécédents. — D'une constitution appauvrie par toutes sortes d'excès, cet homme souffre depuis longtemps des voies urinaires. Il contracta quatre blennorrhagies aiguës (la dernière, il y a sept ans, compliquée d'uréthrite), et fut soigné ensuite pour un catarrhe vésical.

Quelques semaines avant son entrée dans le service, M. X... fut pris de rétention d'urine avec ténesme. En même temps, il se forma *une petite tumeur au périnée*, en avant de l'anus. Celle-ci suppura, fut incisée, mais décolla ultérieurement les téguments à une certaine profondeur, en arrière du bulbe. M. Demarquay diagnostiqua *un abcès ayant pour point de départ les glandes de Cooper*. Les parties décollées furent largement incisées, et on laissa une sonde à demeure dans le canal. La cicatrisation se fit mal; malgré l'application de la sonde, l'urine suintait parfois par la plaie. Finalement, le malade présenta successivement, du côté de la verge, les symptômes suivants :

1er juin. — La peau de la verge est rouge, tendue et douloureuse à la partie inférieure.

2 juin. — Le malade a un violent frisson, et le soir nous trouvons une fièvre intense. Le pus s'est collecté à la partie inférieure de la verge, un peu à gauche et en arrière. Une incision donne issue à du pus assez épais et crémeux. Le malade est soulagé momentanément.

On retire la sonde en caoutchouc qu'on laissait à demeure, et à

laquelle on est tenté d'attribuer les derniers accidents. La miction est possible, quoique pénible et douloureuse.

5 juin. — Le pénis présente dans sa totalité un volume énorme; il semble dans l'état d'érection.

Au toucher, on perçoit une sensation de dureté plutôt que d'empâtement. La pression est médiocrement douloureuse; le malade a des douleurs spontanées, sourdes, mais peu prononcées.

La peau de la verge est rouge et légèrement tuméfiée.

La miction est devenue très-douloureuse, la fièvre est modérée.

M. Demarquay diagnostique une *pénitis.*

Le surlendemain, le malade fut pris tout à coup d'accidents fort graves : frissons violents, pâleur, puis teinte subictérique de la peau; embarras de la respiration, avec tous les signes d'une pleurésie gauche.

Bientôt survinrent du délire loquace, du hoquet. Le malade ne tarda pas à tomber dans le coma et succomba dans la matinée du 10 juin.

L'autopsie fut refusée, et l'on dut se contenter d'enlever la verge.

Voici les résultats de l'examen de ces parties :

1. Corps caverneux. — a. *Gauche.* Les altérations portent principalement sur la partie moyenne. Là, nous noterons d'abord un véritable foyer purulent formé par la destruction complète des cloisons. Il est rempli d'un pus crémeux et verdâtre dans lequel flottent des débris de cloisons sous forme de minces filaments. Le foyer présente une longueur de 6 centimètres. Il est plus large en avant qu'en arrière. A sa périphérie, se trouvent plusieurs petites cavernes, également remplies de pus, mais où la destruction des cloisons est moins avancée.

b. *Droit.* Les lésions sont à peu près les mêmes; nous trouvons également un foyer purulent. Celui-ci ne présente que 4 centimètres en longueur, mais il est plus large; de plus, les trabécules sont détruites complétement et ne persistent même plus à l'état de minces filaments.

En arrière, vers la racine du corps caverneux, se trouve un second foyer, peu étendu, et rempli de pus concret.

2. Urèthre. — a. *Muqueuse.* Vascularisation assez intense dans le tiers antérieur; pâleur prononcée postérieurement. Au voisinage du bulbe, nous trouvons du pus collecté dans le tissu sous-muqueux, et présentant l'aspect de gros grains de chènevis déprimés.

b. *Portion spongieuse.* A 4 centimètres en arrière du gland, le canal est disséqué par un abcès dans ses parties postéro-latérales.

c. *Bulbe.* Présente une infiltration purulente rappelant celle des corps caverneux.

Examen histologique. — Destruction des trabécules centrales ; infiltration purulente des trabécules pariétales et des espaces caverneux ; résistance spéciale des artères, des fibres musculaires, ainsi que des éléments fibreux ou élastiques du tissu conjonctif, tels sont, d'après M. Nepveu, les traits caractéristiques de la lésion.

M. PAULET demande comment peut être expliquée l'érection croissante.

M. DEMARQUAY. Par la compression de la substance spongieuse de l'urèthre.

M. LANNELONGUE ne croit pas à la suppuration primitive des trabécules de la substance spongieuse des corps caverneux. Il pense que la suppuration s'est établie consécutivement autour d'épanchements sanguins.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 24 JUILLET 1872.

Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux;* — l'*Union médicale;* — la *Gazette hebdomadaire ;* — le *Bordeaux médical ;* — le *Lyon médical ;* — la *Revue*

médicale de Toulouse ; — le *Montpellier médical ;* — *Note sur les plaies produites par armes à feu,* par M. Melsens.

M. DESPRÉS dépose sur le bureau le premier fascicule du tome I[er] de la 3[e] série du *Bulletin de la Société de chirurgie pour* 1872.

Discussion sur l'érysipèle.

M. CHASSAIGNAC lit la note suivante sur l'érysipèle.

La discussion, qui touche à sa fin, a eu déjà ce très-grand avantage, qu'elle a nettement dessiné la position respective des diverses opinions qui se sont produites dans cette enceinte, touchant la question si ardue et si controversée de l'érysipèle.

Deux courants d'idées sont aujourd'hui bien reconnus : l'un qui admet l'identité entre l'érysipèle et l'angioleucite ; l'autre qui se prononce formellement pour la différence réelle entre les deux maladies. Il y aujourd'hui, si l'on peut, en pareil sujet, employer de pareilles expressions, des unicistes et des séparatistes ou dualistes.

On peut étudier des points très-intéressants de l'histoire de l'érysipèle, les approfondir isolément, comme l'ont fait plusieurs des honorables argumentateurs qui ont successivement captivé votre attention. Mais il y a des vues d'ensemble sur lesquelles il me paraît bien difficile de ne pas prononcer aujourd'hui. Sous peine de perpétuer une confusion fâcheuse et de donner lieu à bien des malentendus, on ne peut pas s'abstenir de se prononcer sur cette question. Admet-on l'identité des deux maladies ou la repousse-t-on ? Il est grand temps de devenir catégorique à cet égard, si l'on ne veut pas tourner longtemps encore dans le même cercle sans faire un pas en avant.

Il y a plus de douze années (1), j'ai énoncé que l'angioleucite est l'inflammation du réseau *lymphatique* sous-épidermique ; que l'érysipèle est l'inflammation des réseaux *sanguins* sous-épidermiques.

Quoique constituant des maladies différentes, ces lésions s'accompagnent toutes les deux de l'engorgement des trajets et des ganglions lymphatiques dépendants de la région topographique qui

(1) *Traité de la suppuration,* 1859, t. I[er]. — *Traité des opérations chirurgicales,* 1861, t. I[er].

leur a servi de berceau; de la même manière qu'un impétigo, un ecthyma, un ulcère syphilitique, un cancer du sommet de la tête, tout en constituant des maladies essentiellement différentes, s'accompagnent d'un engorgement des cordons lymphatiques et des ganglions de la région du col.

La différence de l'angioleucite réticulaire et de l'érysipèle ne se trouve donc ni dans les cordons lymphatiques, ni dans les ganglions; l'engorgement de ces organes est un phénomène commun mais très-distinct des deux maladies considérées en elles-mêmes. A-t-on jamais songé à confondre l'érysipèle avec un engorgement ganglionnaire ou avec un engorgement trajectif? La différence caractéristique des deux maladies se trouve dans les réseaux lymphatiques sous-épidermiques comparés aux réseaux sanguins sous-épidermiques.

Là, les différences sont saisissantes et nombreuses. Les voici telles que je les ai fait connaître (T. Ier, *de la Suppuration*, et t. Ier, *des Opérations chirurgicales*), et telles que je les maintiens aujourd'hui.

Mais avant de résumer à nouveau ces caractères, il me paraît presque indispensable de décrire, le plus sommairement possible, le spécimen d'une observation d'angioleucite réticulaire généralisée. Ce que je vais dire ne s'applique à aucun de mes honorables collègues de la Société de chirurgie, mais j'ai acquis la certitude que quelques auteurs de notre temps ne se font aucune idée de ce que c'est qu'une *angioleucite réticulaire.* Ils peuvent en parler par ouï dire; mais a peine ont-ils dit quelques mots, qu'on s'aperçoit tout d'abord qu'ils ne se doutent pas de ce que c'est, qu'ils n'en ont jamais vu d'exemples, ou que, s'ils en ont vu, ce n'est que d'une manière inconsciente, sans les soumettre à ce qu'on appelle une observation sérieuse. Ce qu'ils ont pris pour des angioleucites réticulaires, ce sont des rougeurs cutanées de toute autre nature, celles, par exemple, qui apparaissent à la surface d'un abcès, lequel, placé sur le trajet des grands cordons lymphatiques, se prépare pour une ouverture prochaine à la peau.

Cette erreur tient à une double cause :

1° L'angioleucite réticulaire généralisée et parcourant successivement toutes les régions du corps est une maladie peu commune et qu'un observateur inattentif laisse échapper facilement, la mettant sur le compte d'une altération insolite d'une forme aberrante de l'érysipèle ou de toute autre maladie cutanée intercurrente, et il commet cette méprise parce qu'on n'a pas pris soin de lui faire

connaître l'aspect caractéristique et pathognomonique de cette forme de l'angioleucite.

Il est très-admissible que toutes les angioleucites, les trajectives comme les ganglionnaires (hors le cas d'empoisonnement par une matière directement vénéneuse et où il y a absorption directe sans phlegmasie préalable ou concomitante), sont précédées d'une angioleucite réticulaire. Comment donc se fait-il qu'on observe si rarement l'angioleucite réticulaire par plaques? Cela tient à plusieurs causes :

1° D'abord la blessure, l'écorchure qui amène l'angioleucite, ne fait souvent apparaître qu'une angioleucite réticulaire très-circonscrite, et rarement par larges plaques, de sorte que très-souvent on prend à peine garde à cette rougeur.

2° La génération chirurgicale de l'époque qui nous a précédés, n'ayant point été dressée au diagnostic des plaques réticulaires de l'angioleucite, les voit sans les regarder suffisamment. Très-souvent même, au cours d'une angioleucite datant de plusieurs jours, comme presque toutes celles qu'on amène au chirurgien, et à l'époque où on les lui amène, la plaque réticulaire a disparu, et l'observateur ne se doute même pas de son existence déjà effacée.

Angioleucite réticulaire généralisée.

M... (Prosper), 26 ans, domestique, rue Saint-Lazare, 54, entré à Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 5, le 19 août 1858.

C'est un ancien malade du mois de janvier; il était venu pour se faire soigner d'une chute faite dans un escalier.

La partie moyenne de la cuisse droite avait porté sur une marche. Une inflammation assez considérable s'était déclarée, et avait été combattue par les antiphlogistiques. Il était sorti parfaitement rétabli. Ultérieurement, la fatigue avait amené une recrudescence d'inflammation; car aujourd'hui la partie inférieure du fémur a pris un accroissement de volume qui remonte jusqu'à la partie moyenne de l'os. Le malade peut à peine marcher; il accuse une douleur très-vive à la partie postérieure de l'os, un peu au-dessus des condyles.

On croit sentir de la fluctuation, on redoute une inflammation de l'os, on fait une ponction; issue d'un peu de sang.

Dans la crainte que l'inflammation ne se propage à l'articulation du genou, on fait une forte application de sangsues. Le lendemain 15, on la renouvelle.

Les jours suivants, un peu de mieux. L'incision paraît avoir dégorgé les tissus.

Mais, le 28, le malade ressent un frisson prolongé. Sulfate de quinine.

Le 24, pas de fièvre.

Le 25, une angioleucite réticulaire, limitée, bien caractérisée par sa couleur, ses bords déchiquetés, l'absence de tout bourrelet et de phlyctènes, se déclare autour de la plaie et sur la partie antérieure du membre, au-dessus des condyles, et s'étend dans une dimension de la largeur de la main.

A partir de ce moment, on assiste à une série de phénomènes des plus curieux.

L'angioleucite devient ascendante et envahit toute la cuisse, arrive à la hauteur de la hanche, d'où l'on voit les trajets rouges des lymphatiques; on en peut compter de cinq à six, montant verticalement pour se rendre à l'aisselle. Amidon en poudre sur les parties malades.

Le 31 août, l'angioleucite trajective s'est transformée en angioleucite réticulaire; elle s'étend vers la partie médiane du tronc en avant, passe sur le côté droit, couvre le dos et vient apparaître à gauche en trajets rouges se rendant à l'aine gauche.

3 septembre. — Toute la poitrine, le dos et le cou par la partie postérieure sont pris.

La coloration a pâli sur la cuisse droite.

4 septembre. — L'angioleucite continue ses progrès sur le cou; passe en avant, envahit les deux bras à la fois, après avoir passé sur les épaules en manière de bretelles.

9 septembre. — Le malade maigrit. La coloration rosée diminue là où elle existe encore. Les douleurs diminuent également. La joue gauche est envahie la première.

10 septembre. — Sur les bras, l'angioleucite arrive aux poignets et s'y arrête.

11 septembre. — L'angioleucite est arrivée au front. Peu de rougeur, mais douleur à la pression.

La première plaie faite au genou est cicatrisée.

13 septembre. — L'angioleucite a envahi toute la tête.

15 septembre. — La rougeur disparaît sur tous les points. Appétit.

21 octobre 1858. — Guérison complète.

Chez ce malade, dans un espace de deux mois et un jour, l'angioleucite réticulaire, sans jamais rien perdre de ses caractères

propres et sans emprunter un seul instant les caractères de l'érysipèle, *la bordure festonnée, le bourrelet, les phlyctènes*, a successivement parcouru de proche en proche toutes les parties du corps, précédée, d'une région à l'autre, par des traînées rouges et accompagnée d'un léger engorgement ganglionnaire.

Voici maintenant le résumé des caractères distinctifs :

1° Le bord de l'érysipèle est toujours *festonné;* le bord de l'angioleucite toujours *dentelé, déchiqueté*, semblable aux contours géographiques des îles représentées sur nos cartes.

2° L'érysipèle a une teinte rouge foncé ; l'angioleucite offre une teinte beaucoup plus claire.

3° L'érysipèle se présente avec une rougeur qui est habituellement tout d'une pièce; l'angioleucite offre le phénomène de la *diaprure* ou de la marbrure, c'est-à-dire que sur un ou plusieurs points de la surface rouge, on trouve des espaces dans lesquels la peau conserve sa coloration normale. On ne rencontre jamais dans l'érysipèle ces petits îlots ou espaces insuliformes, d'aspect blanchâtre.

4° L'érysipèle offre toujours sur ses bords un bourrelet, une petite élevure parfaitement appréciable au toucher; l'angioleucite réticulaire présente un nivellement parfait avec la peau qui l'environne.

En d'autres termes, l'érysipèle fait gonfler la surface de la peau; l'angioleucite ne donne lieu à aucune tuméfaction, à aucun relief.

5° L'érysipèle a presque toujours, ou du moins très-souvent, des *phlyctènes;* l'angioleucite n'en présente jamais.

6° L'angioleucite réticulaire est, primitivement, une maladie toute locale. Elle n'est pas l'indice d'un trouble général de l'économie; elle n'est *jamais mortelle*.

J'ai vu des angioleucites réticulaires parcourant d'une manière successive toute la surface du corps et présentant une grande intensité, sans avoir jamais causé la mort.

L'érysipèle implique toujours l'existence d'un trouble général de l'économie ; les cas où l'érysipèle cause la mort ne sont pas rares.

8° L'angioleucite n'est jamais contagieuse; l'érysipèle, pour beaucoup de médecins et de chirurgiens, est réputé contagieux, ou du moins transmissible de l'homme à l'homme.

9° L'angioleucite n'est jamais épidémique; un grand nombre de médecins admettent l'épidémicité de l'érysipèle.

10° L'élévation de la température dans l'érysipèle est sensiblement supérieure à celle que présente l'angioleucite.

11° L'érysipèle est une capillarite, ou inflammation du réseau sanguin sous-épidermique, et l'angioleucite est une capillarite, ou inflammation du réseau lymphatique sous-épidermique.

12° La déambulation comparée de l'érysipèle et de l'angioleucite réticulaire présente un caractère différentiel important. L'angioleucite réticulaire est généralement convergente vers les régions ganglionnaires; la direction de son progrès peut être tracée à l'avance, par les notions anatomiques. Il y a même ceci de particulier que, dans les cas très-exceptionnels où la plaque angioleucitique est récurrente et semble rétrograder, elle reste toujours fidèle au tracé des lymphatiques.

L'érysipèle offre une déambulation tout à fait irrégulière et marche dans des directions qu'on ne saurait prévoir. En outre, il offre le phénomène du *saltus érysipélateux*, qui consiste dans l'apparition inattendue, sans communication aucune avec une plaque érysipélateuse existante, et même à une grande distance de celle-ci, d'un érysipèle qu'on appelle tantôt *ambulant*, et tantôt *métastatique*.

L'angioleucite a toujours une propagation continue sur le tracé des cordons et ne donne jamais que l'idée d'une migration de proche en proche. Jamais d'apparition soudaine sur un point éloigné, rien qui puisse se rapporter à l'idée d'une sorte de transportation. L'angioleucite marche toujours en ligne continue et jamais entrecoupée.

13° La marche de la suppuration, le siége des abcès, leur nombre (l'homme aux 21 abcès), leur époque d'apparition au cours de la maladie et non à sa fin, tout cela offre des différences marqnées. Impossible d'y insister en ce moment.

Il n'y a peut-être pas dans l'économie un autre exemple dans lequel, avec un siége aussi rapproché, puisque ce ne sont pas autre chose que des réseaux vasculaires superposés et juxtaposés l'un à l'autre, il y ait un aussi grand nombre de différences et d'oppositions caractéristiques et signalétiques qu'on en peut compter entre l'érysipèle et l'angioleucite réticulaire.

Nous arrivons maintenant à des caractères différentiels discutables, qui, à nos yeux, ont une valeur réelle et significative, mais qu'il nous sera peut-être plus difficile de faire admettre par les partisans de l'unicité des deux maladies.

Nous voulons parler des caractères différentiels provenant de l'étude étiologique.

Si, du point de vue de la non-identité des deux maladies, nous examinons le côté étiologique de la question, nous saisissons

entre les causes habituellement provocatrices soit de l'angioleucite, soit de l'érysipèle, cette différence, que dans l'angioleucite les blessures sont généralement plus superficielles et ne font pas saigner, tandis que dans l'érysipèle, il y a presque toujours une *cruentation*, qui témoigne d'une atteinte directe portée aux réseaux sanguins. La différence du frôlement à l'écorchure.

Nous croyons même que l'écrasement linéaire qui, généralement, ne fait pas saigner les tissus, doit à cette circonstance de ne jamais, ou presque jamais, causer l'érysipèle.

La détermination étiologique respective est difficile à établir, parce qu'il y a des causes qui sont communes aux deux maladies. Mais si vous voulez trouver la solution étiologique, faites ceci : mettez en regard de chaque lésion déterminée, d'un côté l'angioleucite, de l'autre l'érysipèle, et comparez les deux tableaux.

Prenons, par exemple, les amputations, et voyons le nombre respectif des angioleucites et des érysipèles à la suite des amputations.

Voici ce que vous trouvez : sur vingt amputations, presque jamais d'angioleucite, et au moins un ou plusieurs érysipèles.

N'est-il pas reconnu que l'amputation est une cause notable d'érysipèle et une cause presque nulle d'angioleucite?

Dans l'ablation des tumeurs, c'est la même chose.

Passez successivement en revue toutes les causes traumatiques, il vous sera répondu que les causes d'érysipèle intéressent constamment les réseaux sanguins, qu'elles font saigner les tissus et qu'elles agissent plus profondément que les causes d'angioleucites.

On pourra m'objecter que l'érysipèle n'a quelquefois pour origine qu'une cause, en apparence légère, qu'un simple bouton. Mais prenez bien garde que ce bouton, tout bouton qu'il est, a été mis en sang par une de ces attrectations telles qu'en provoque le prurit, et que dès lors il y a eu accès direct aux réseaux sanguins.

Une simple pustule vaccinale peut devenir l'origine d'un érysipèle. Mais la piqûre vaccinale a-t-elle fait saigner? Est-elle restée exempte de tout saignement? C'est là une distinction de première importance. Si l'inoculation a été faite avec la pointe d'une épingle et par simple rayure non sanglante, je doute fort que vous puissiez montrer un érysipèle provenant de pareille source. Si elle est faite avec un instrument piquant et tranchant à la fois, comme l'est la lancette, alors tout s'explique. Les réseaux sanguins ont été directement intéressés.

L'une des erreurs les plus tenaces et les plus préjudiciables à la connaissance vraie de l'érysipèle, c'est celle qui consiste à croire

que l'angioleucite n'est pas une maladie parfaitement distincte de l'érysipèle; que l'érysipèle est une maladie du système lymphatique; en un mot, une forme de la lymphangite, et non pas une maladie différente de la lymphangite.

Cette erreur, que l'autorité considérable de Blandin avait prise sous son patronage, s'est tellement enracinée dans certaines écoles de chirurgie, que, malgré des descriptions précises et détaillées(1), nous entendons dire encore et répéter par des confrères très-distingués, que l'érysipèle n'est pas une maladie parfaitement distincte de l'angioleucite.

Il y a cependant un fait que j'ai signalé (*loco citato*), et qui aurait dû fournir un avertissement propre à faire réfléchir les partisans de l'opinion de Blandin.

Blandin disait : que l'érysipèle s'étend toujours suivant le trajet des cordons lymphatiques, et que, suivant son expression, la propagation érysipélateuse était centripète.

Cette erreur, que j'ai combattue nettement dans les ouvrages que j'ai cités, aurait dû cependant faire voir que Blandin n'était pas dans le vrai, puisqu'il admettait dans sa théorie un fait essentiellement inexact.

Et j'en donnais pour preuve (p. 332 du tome Ier *de la Suppuration*), qu'un érysipèle siégeant sur la partie latérale du col pouvait se propager aussi bien vers le crâne que vers la région claviculaire.

Il y aurait une erreur historique volontaire, et l'on sait comment s'appellent en matière historique les erreurs volontaires, il y aurait un déni de justice à prétendre que la doctrine qui consiste à admettre l'identité de nature de l'érysipèle et de l'angioleucite, n'a pas été formellement combattue dès 1859, *Traité de la suppuration*, t. Ier, p. 330, puis en 1861, *Traité des opérations*, t. Ier, p. 419 à 423, et que les plaques érysipélateuses n'ont pas été expressément distinguées par de nombreux et décisifs caractères des plaques de l'angioleucite sous-épidermique.

L'érysipèle est une inflammation des réseaux sanguins sous-épidermiques.

Cette inflammation a pour caractère la production, à la surface de la peau, d'une plaque rouge avec rebords festonnés et surélevés en

(1) *Traité de la suppuration*, 1859, t. 1er, p. 330 à 335, et *Traité des opérations*, 1861, t. 1er, p. 419 à 423.

forme de bourrelet, sans déchiqueture ni diaprure, s'accompagnant souvent de phlyctènes.

L'histoire de l'érysipèle est en partie à refaire sur cette nouvelle donnée :

1° L'érysipèle est une inflammation des réseaux sanguins sous-épidermiques;

2° L'érysipèle est une maladie parfaitement différente de l'inflammation des réseaux lymphatiques sous-épidermiques.

A cette question nettement formulée, se sont rattachées d'importantes adhésions; j'ai le droit de compter sur celles de trois honorables collègues des hôpitaux, le docteur Lailler, M. Tillaux et M. Lannelongue, nos collègues dans cette Société. Du reste, je dois dire que, depuis 1859, on a trouvé des chirurgiens qui soutiennent que l'érysipèle et l'angioleucite ne sont pas deux degrés d'une même maladie, mais bien deux maladies distinctes.

Et de fait, si les deux maladies n'étaient pas distinctes, comment adviendrait-il que dans les statistiques, dans les livres, on formât des classements distincts, on ne mélangeât pas les deux affections, en désignant les nuances d'une même maladie, par les noms d'angioleucites de premier, de deuxième ou de quatrième degré ?

Est-ce qu'en nosologie on met jamais une même maladie sous deux appellations opposées? On emploie le même nom et on ajoute un qualificatif. Ainsi on dit : un érysipèle phlycténoïde, un érysipèle gangréneux, mais c'est toujours un érysipèle.

Du reste, le raisonnement a très-peu de prise sur les convictions enracinées ; il faut, pour les combattre, des faits et des faits bien observés.

D'abord, des faits anatomiques qui prouvent nettement que le siége des deux affections n'étant pas le même, il y a pour chacune d'elles un siége histologique distinct.

S'il est une vérité dont les pathologistes soient bien convaincus aujourd'hui, c'est que le plus grand progrès qu'il nous soit donné de faire dans l'étude d'une maladie est réalisé le jour où l'on établit le siége histologique de cette maladie.

C'est l'étude comparée des caractères différents de l'inflammation des réseaux sanguins et de celle des réseaux lymphatiques qui est révélatrice, qui est la pierre de touche, le réactif de la différence des deux maladies.

Cette différence, une fois admise, donne une explication franche et naturelle de circonstances obscures et inexpliquées jusqu'ici.

Le premier pas à faire dans la connaissance de l'érysipèle, c'était donc la détermination histologique précise de son siége.

En dehors de ce point essentiel, toutes les définitions connues ne donnent rien de sérieusement différentiel sur la réalité de la maladie.

Mais pour trouver ce caractère, il fallait se débarrasser d'une cause d'erreur faisant naître les plus graves difficultés.

Les rougeurs cutanées sont de bien des formes, mais la seule qui fût capable d'en imposer de manière à causer une méprise, c'était la rougeur causée par l'inflammation des réseaux lymphatiques de la peau. Nous avons donc dû commencer par éclaircir ce point. Or, nous y sommes arrivés par un ensemble de caractères tellement pathognomoniques, qu'à moins de renoncer à toute base de distinction en nosologie, on est forcé, littéralement forcé, d'avouer que l'inflammation des réseaux lymphatiques est absolument distincte, par ses caractères, de l'inflammation des réseaux sanguins sous-épidermiques.

La première conséquence de ce premier travail a été de tracer une ligne de démarcation profonde entre l'érysipèle et la seule forme de maladie des lymphatiques qui fût d'aspect à se faire confondre avec lui, car pour confondre avec l'érysipèle l'inflammation des lymphatiques ganglionnaires, pour confondre avec lui l'inflammation des trajets lymphatiques transcurrents, il aurait fallu de la déraison, et personne n'en a donné, dans ce cas, le triste exemple.

Il ne restait donc, pour différencier les deux maladies, que l'analyse clinique différentielle et rigoureuse des deux seules choses qui pouvaient donner lieu à confusion :

La plaque rouge de l'érysipèle et la plaque de l'angioleucite réticulaire.

C'est par cette analyse que la lumière a été portée dans cette controversable affection que présente l'érysipèle.

C'est cette notion du siége originel de la maladie qui vient tout d'un coup éclairer la question.

Vous examinez deux hommes atteints au bras tous les deux, l'un d'un érysipèle, l'autre d'une angioleucite ; vous êtes bien forcé de reconnaître que les deux maladies sont deux entités différentes. Pourquoi les appelleriez-vous de deux noms différents si c'était la même chose ?

Mais voici où le sophisme se glisse dans votre manière d'interpréter les choses : vous examinez comparativement le bras du su-

jet érysipélateux et celui du sujet angioleucitique. Vous allez d'abord aux ganglions, et chez les deux sujets, vous les trouvez engorgés. Vous examinez les trajets lymphatiques, et vous les trouvez malades sur les deux sujets. Alors, si vous n'allez pas plus loin, vous dites : sur les deux malades, je trouve les mêmes organes lymphatiques affectés, donc les deux maladies sont de la même nature.

Ce raisonnement est spécieux ; il semble nous enfermer dans un cercle dont il ne paraît pas facile de sortir. Mais il y a une clef pour en sortir, et cette clef, c'est la notion de l'angioleucite capillaire ou réticulaire comparée à l'érysipèle vrai. C'est dans l'étude anotomique et pathologique des réseaux que se trouve la solution de la question.

1° Le réseau lymphatique sous-épidermique est parfaitement et anatomiquement distinct du réseau sanguin ;

2° Chacun de ces réseaux est à volonté injectable, dans une indépendance absolue l'un de l'autre ;

3° Le réseau lymphatique est plus superficiel que le réseau sanguin ;

4° Le réseau lymphatique peut-il être le siége d'une inflammation parfaitement distincte de celle du réseau sanguin ? Oui, puisque cette inflammation possède des caractères pathognomoniques.

5° Quels sont les caractères cliniques propres à établir cette distinction ? Nous les avons décrits ; ils sont au nombre de dix ou douze.

6° Existe-t-il une capillarite *cutanée sanguine* distincte de la capillarite cutanée lymphatique ? Oui, puisque, dans la *capillarite cutanée sanguine*, rien, dans l'état des réseaux lymphatiques, ne représente la capillarite lymphatique.

7° Existe-t-il une capillarite cutanée lymphatique distincte ? Oui, puisque nous en avons décrit les caractères.

8° Dans l'érysipèle, y a-t-il à la fois une capillarite sanguine et une capillarite lymphatique ?

Rien ne le prouve. — Pourquoi ?

Par quels caractères différentiels pouvez-vous établir qu'il y a à la fois une capillarite sanguine et une capillarite lymphatique ?

Dans l'érysipèle, cela vous est bien difficile, parce que, en admettant que la capillarite lymphatique existe, les caractères de la capillarite sanguine effacent les caractères de la capillarite lymphatique.

On pourrait dire que celle-ci, après avoir eu une courte existence

au début, a disparu sous la manifestation prédominante de la capillarite des réseaux sanguins.

Mais la capillarite des réseaux lymphatiques ayant des caractères parfaitement distinctifs quand elle existe seule, du moment que dans l'érysipèle nous ne retrouvons aucun de ces caractères, il ne nous est pas possible d'affirmer en pareil cas l'existence de l'angioleucite réticulaire. On peut la supposer, mais on ne la démontre pas.

L'angioleucite des réseaux a des caractères tellement distinctifs, qu'il serait contraire à toutes les notions du bon sens nosologique de ne pas lui reconnaître une existence indépendante.

Pour nous, ce fait est rigoureusement démontré, et nous l'avons démontré.

Mais quand on vient dire : prouvez-nous donc que dans l'érysipèle il n'y a pas inflammation des réseaux lymphatiques; nous n'avons qu'une chose à répondre, et la voici :

Lorsque deux maladies cutanées coexistent sur une même région dermique, les caractères de l'une peuvent primer, effacer presque les caractères de l'autre; mais il y a, du moins, quelques traces de celle des deux maladies qui est le plus faiblement accusée.

Eh bien, dans les plaques de l'érysipèle, je ne vois jamais de traces de l'angioleucite réticulaire. De sorte que je suis conduit à conclure ceci :

Qu'il est impossible, dans l'érysipèle, de démontrer *de visu* l'existence de la capillarite lymphatique, et qu'on n'en peut démontrer aucune trace. On est donc forcé d'admettre que l'érysipèle est une capillarite exclusive ou très-prédominante des réseaux sanguins sous-épidermiques.

S'il n'existe pas de caractères propres indiquant la présence des deux maladies à la fois, comment saurait-on qu'elles existent en même temps?

Étant admis que la courbe festonnée avec le bourrelet est la caractéristique de l'érysipèle, que la ligne déchiquetée est la caractéristique de l'angioleucite des réseaux, on devrait trouver au moins quelquefois un mélange à parties égales ou inégales des deux formes. Or on ne voit jamais d'érysipèle ayant cette configuration. Il faut donc de deux choses l'une : ou que l'érysipèle ne coexiste jamais avec l'inflammation du réseau lymphatique, ou qu'il ait la propriété d'absorber complétement ou d'éteindre sur place la capillarite lymphatique.

Il y a, j'en conviens, dans les débuts du processus pathologique

qui préside à l'apparition de l'angioleucite et à ses relations avec l'érysipèle, quelque chose de difficile et de confus qui trouble l'intuition nette des deux maladies considérées en elles-mêmes, et dans leurs relations entre elles, comme pouvant se produire l'une par l'autre.

Nous n'avons pas la preuve qu'une angioleucite pure puisse engendrer un érysipèle; nous n'avons pas la preuve qu'un érysipèle puisse donner lieu à une angioleucite réticulaire, mais nous savons de science certaine qu'un érysipèle, précédé ou non précédé d'une angioleucite par plaques, peut déterminer l'inflammation des cordons et des ganglions lymphatiques.

C'est là que se trouve une difficulté pathogénique très-grande. Beaucoup de suppositions sur les origines respectives des deux maladies peuvent être présentées. Nous en examinerons quelques-unes, mais la position que nous font dans ces débats les assertions que nous avons émises jusqu'ici, notre position comme dualiste ou séparatiste, ne nous oblige nullement à fournir l'explication de ces particularités.

Si nous y parvenions, tant mieux pour nous, et tant mieux pour tout le monde. Mais notre thèse, quoi qu'il advienne, n'en subsiste pas moins quand elle affirme que les deux maladies sont différentes.

Les diverses suppositions qui peuvent être émises sur les origines comparées de l'angioleucite réticulaire et de l'érysipèle, sont celles-ci :

On peut admettre que, dans l'érysipèle, il y a toujours angioleucite réticulaire par plaques, au début, c'est-à-dire inflammation préalable, petite ou grande, du réseau lymphatique, à laquelle vient se joindre l'inflammation des réseaux sanguins, soit que, provoquée par la même cause, elle ne fasse son apparition qu'ultérieurement à celle de l'angioleucite réticulaire, soit qu'elle ait pour cause cette angioleucite réticulaire, se transmettant par voisinage, par juxtaposition, aux réseaux sanguins. Mais dans cette supposition, les deux maladies, alors même qu'elles seraient toujours engendrées l'une par l'autre, toujours concomitantes ou reconnaissant une cause commune à toutes les deux, n'en seraient pas moins deux maladies différentes.

Du reste, voulez-vous satisfaire votre désir intense d'unification des deux maladies, épuiser toutes les suppositions qui pourraient le mieux tendre à établir cette unification? Vous pouvez le faire, mais je vous préviens que ce sera sans résultat. Admettez donc :

1° Que, des deux maladies, l'angioleucite ou l'érysipèle, l'une précède constamment l'autre ;

2° Que les deux lésions sont produites par une même cause et marchent de compagnie ;

3° Que l'angioleucite préalable soit toujours la cause obligée de l'érysipèle.

Vous aurez beau supposer et supposer encore, vous ne ferez jamais que les deux maladies, plus ou moins mélangées à leur berceau, plus ou moins engendrées l'une par l'autre, ne sont pas des maladies distinctes.

La fréquence comparative des localisations affectées par telle ou telle des deux maladies est indicatrice.

Pas ou peu d'érysipèles là où il y a peu de réseaux sanguins ; pas d'angioleucite réticulaire là où il y a peu de réseaux lymphatiques.

C'est de cette circonstance que j'ai tiré cette loi d'observation, en vertu de laquelle, des deux hémisphères résultant d'un plan fictif, vertico-transversal, divisant la tête en hémisphère antérieur et émisphère postérieur, l'hémisphère antérieur est érysipélateux et l'hémisphère postérieur angioleucitique.

La loi des affinités régionnaires électives de l'érysipèle pour les régions à prédominance des réseaux sanguins et de l'angioleucite pour les régions à prédominance des réseaux lymphatiques, ne repose pas sur autre chose que sur des faits d'observation généralisés.

Ce qui rend si grande la différence des effets produits sur l'économie par l'angioleucite et par l'érysipèle, c'est que l'angioleucite marche suivant les lignes naturelles d'une transmission circulatoire régulière, tandis que la transmission par les réseaux sanguins sous-épidermiques va droit au sang.

L'une est un envahissement graduel, progressif, méthodique en quelque sorte ; l'autre est un envahissement direct et en quelque façon d'emblée, une pénétration brutale et non préparée dans le courant sanguin.

J'admets l'épidémicité et la contagion de l'érysipèle, parce que l'ensemble des témoignages recueillis sur ce point par des chirurgiens de notre époque me paraît trop imposant pour ne pas être tenu en grande considération. Mais j'avoue franchement que je n'ai jamais vu d'exemples d'une épidémie d'érysipèles dans les différents services que j'ai occupés au milieu des hôpitaux de Paris.

Je n'ai eu, en somme, qu'un très-petit nombre d'érysipèles, et jamais de ces épidémies qui désarment le chirurgien en face d'indications opératoires à remplir.

Non, je n'ai jamais connu cette abstention forcée, et, je dois le dire, je rapporte une grande part de ce résultat aux trois principales formes de ma thérapeutique : *l'écrasement linéaire, le drainage et les pansements par occlusion.*

Conclusions. — 1° Il y a aujourd'hui, en chirurgie, deux opinions contradictoires au sujet de l'érysipèle : l'une qui admet l'identité entre l'érysipèle et l'angioleucite, l'autre qui repousse cette identité.

2° Quoique constituant deux maladies différentes, l'érysipèle et l'angioleucite s'accompagnent d'engorgement des cordons et des ganglions lymphatiques.

3° La différence caractéristique des deux maladies dans les réseaux lymphatiques sous-épidermiques comparés aux réseaux sanguins.

4° L'angioleucite généralisée peut parcourir successivement toutes les régions de la surface du corps en conservant les caractères propres à la plaque réticulaire primitive.

5° Une erreur préjudiciable à la connaissance vraie de l'érysipèle consiste à croire que l'angioleucite n'est pas une maladie parfaitement distincte de l'érysipèle.

6° C'est dans l'étude comparée des caractères différentiels de la plaque angioleucitique et de la plaque érysipélateuse que se trouve la solution de la question.

7° Les affinités régionnaires de l'érysipèle et de l'angioleucite sont réglées par la richesse respective des réseaux sanguins et des réseaux lymphatiques dans les diveres régions du tégument cutané.

M. LE PRÉSIDENT déclare close la discussion sur l'érysipèle.

COMMUNICATION

Ulcération de la vulve. — M. POLLAILLON présente le moule et l'observation d'un ulcère de la vulve. (Renvoyé à la commission déjà nommée.)

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Luxation sous-astragalienne en dedans. — M. DESPRÉS montre le moule et la pièce provenant d'une luxation sous-astragalienne sans plaie du tégument.

Le nommé G... (Auguste), 49 ans, cocher des Petites-Voitures, entre le 27 mai à l'hôpital Cochin, salle Cochin.

Le matin, il essayait un nouveau cheval, attelé pour la première fois à une petite voiture. Le cheval s'emporte, heurte un obstacle. G... est jeté de son siége sur le sol. Lorsqu'il se relève, il avait le pied tourné en dedans, comme il le dit, et il attribuait à un faux pas cette lésion, car il n'avait souffert qu'en se relevant.

A l'hôpital, je constate une déviation de l'avant-pied en dedans ; la malléole interne est effacée ; le col de l'astragale est appréciable sous la peau ; la poulie astragalienne est saillante au-dessous de la mortèse tibiale. La face articulaire astragalo-scaphoïdienne fait une saillie très-apparente sous la peau, fortement distendue et blanchâtre en ce point, mais il n'y avait pas la plus petite plaie. Je diagnostiquai une luxation sous-astragalienne.

Le malade a été soumis au chloroforme, et des tentatives de réduction ont été faites par des tractions sur le pied porté en bas et en dehors. La réduction n'a été tentée que le soir. (A la visite, j'avais donné ordre de mouler le pied). La réduction n'a pas été obtenue entièrement ; le pied, placé dans une gouttière, a été immobilisé et placé dans l'élévation.

Quatre jours après, la peau se mortifiait au niveau du point comprimé par la facette articulaire de l'astragale avec le scaphoïde. Le malade était atteint de bronchite capillaire depuis son entrée à l'hôpital, et je me réservais de faire une opération après la première période de l'arthrite imminente.

Le dixième jour, l'eschare se détachait, lorsque l'arthrite, qui existait depuis trois jours, se compliqua d'infection purulente le 7 juin. Le 10, le tétanos, borné au trismus, apparut, et un nouveau frisson d'infection purulente se reproduisit. Le 13 juin, le malade a succombé.

L'autopsie du membre montre qu'il s'agissait d'une luxation sous-astragalienne, l'astragale restant maintenu en place par les ligaments péronéo-astragaliens postérieurs. Il n'y avait aucune fracture. Tous les tendons étaient intacts ; le muscle pédieux seul

était rompu. L'obstacle à la réduction résidait exclusivement dans l'interposition des tendons du jambier antérieur et des extenseurs des orteils tendus entre l'astragale et le scaphoïde. Ces tendons, bridés par l'aponévrose antérieure de la partie inférieure de la jambe, le ligament annulaire antérieur du tarse et l'aponévrose du cou-de-pied, laquelle était interposée entre le scaphoïde et l'astragale, ne pouvaient être soulevés pour laisser passer l'astragale.

Ce fait, qui semblait en apparence un cas où l'on devait tenter la réduction, montre que l'on ne saurait nourrir l'illusion de réduire, puisque, même avec aussi peu de dégâts intérieurs que l'on en voit sur cette pièce, la réduction était rendue impossible par la disposition des tendons des extenseurs. Un cas de réduction de luxation sous-astragalienne a été obtenu, dans ces derniers temps (*Gaz. des hôp.*, 1864, 506), mais il y avait une plaie des téguments, et, dans ce cas, des ruptures profondes qui facilitaient la réduction.

En résumé, le fait que je présente est un cas unique, je crois, et le moule et la pièce seront, je l'espère, utiles au musée Dupuytren (1).

M. BROCA. Je crois qu'il y a des observations semblables à celle que nous présente M. Després, si j'en juge par des déformations du pied que j'ai vues et qui remontaient à des accidents antérieurs. Les luxations étaient peut-être moins complètes, et elles pouvaient s'être réduites en partie.

Les faits de luxation sous-astragalienne connus offrent ceci de particulier qui n'existe pas sur la pièce de M. Després : il y avait toujours, outre une plaie, une rupture de l'une des deux séries de tendons antérieurs ou postérieurs, et, dans les cas où l'on a pu réduire même avec une plaie du tégument étendue, une des deux séries de tendons avait été rompue. Cependant je dois dire que, dans un cas, Desault a sectionné les tendons des extenseurs pour arriver à réduire l'astragale.

Je remarque aussi sur cette pièce, outre la boutonnière formée par les tendons antérieurs et postérieurs, obstacles puissants contre la réduction, une luxation des péronniers, derrière l'astragale, fait qui n'a pas encore été signalé.

M. GUÉNIOT. J'ai vu, dans le service de M. Chassaignac, une luxation sous-astragalienne, sans plaie, que j'ai moulée, et qui était

(1) Le moule et la pièce sont déposés au musée sous les n°s 762. F et G.

semblable à celle-ci. Il y a eu gangrène consécutive du tégument et des accidents graves.

M. VERNEUIL. En présence de la gangrène imminente de la peau dans ces luxations sous-astragaliennes sans plaie, dont M. Després et M. Guéniot viennent de fournir des exemples, je pense qu'il faudrait poser comme indication thérapeutique la nécessité d'extraire l'astragale. Cette opération est très-bonne ; je l'ai pratiquée pour une luxation de l'astragale avec plaie, et j'ai obtenu un bon résultat. Je crois donc qu'on devrait la tenter avant l'apparition de l'arthrite, qui suit inévitablement la gangrène de la peau.

M. LE FORT. J'ai vu, pendant la Commune, un fédéré qui avait fait une chute de cheval, et présentait à peu près la même lésion que nous voyons ici. J'ai réduit facilement. Je dois ajouter toutefois qu'il existe sur la pièce de M. Després une condition qui, heureusement et pour sûr, manquait chez mon blessé ; l'aponévrose interposée entre la tête de l'astragale et le scaphoïde sur cette pièce, est un obstacle invincible à la réduction, et je le crois plus puissant que la boutonnière formée par les tendons antérieurs et postérieurs.

M. DUBRUEIL. J'ai réuni dans ma thèse inaugurale les faits connus de luxation de l'astragale, et il résulte de la statistique que j'en ai faite que l'extirpation de l'astragale, ou son excision partielle, donne les résultats les plus avantageux, que l'opération soit pratiquée d'emblée ou après mortification des parties molles. Mais, en tout cas, le plus tôt est le meilleur, eu égard aux statistiques que l'on consulte.

M. M. SÉE. J'ai vu un malade atteint de luxation de l'astragale sans plaie, qui se refusa à toute opération. La gangrène et l'arthrite survinrent ; mais, après tous les accidents, la guérison survint, et le malade en fut quitte pour une déformation du pied.

COMITÉ SECRET.

A 5 heures, la Société se forme en comité secret pour l'étude de diverses résolutions.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 31 JUILLET 1872.

Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Bulletin général de thérapeutique*; — le *Bordeaux médical*; — l'*Art dentaire*; — le *Marseille médical*.

M. PUTÉGNAT, membre correspondant, à Lunéville, adresse une brochure intitulée : *Article de blibliographie obstétricale*.

M. BOINET, membre titulaire, offre une brochure intitulée : *Service chirurgical de M. le docteur Boinet aux ambulances de la Société de secours aux blessés*.

M. BROCA communique, de la part de M. le docteur Michel (de Cherbourg), le résultat d'expériences faites sur le cadavre, qui ont conduit ce chirurgien à proposer une attitude du membre pour remédier aux déplacements des fragments des fractures de la clavicule.

Le procédé consiste à placer l'avant-bras derrière le dos, en relevant la main vers l'omoplate, du côté opposé. Ce procédé n'a pas été employé sur le vivant. M. Michel désire prendre date.

A PROPOS DE LA CORRESPONDANCE

Aspiration des liquides dans les hernies. — M. FLEURY (de Clermont) envoie à la Société une note sur ce sujet.

Je crois qu'il serait opportun d'appeler l'attention de la Société de chirurgie sur les avantages ou les inconvénients que peut avoir dans le traitement des hernies étranglées l'emploi de la seringue de M. Dieulafoy.

Si tous les faits où l'on a eu recours à l'usage de cet instrument étaient rapportés, on aurait une idée exacte de son degré d'utilité; mais il en est de ces observations comme du plus grand nombre de

celles qui sont publiées dans les journaux de médecine, on mentionne bien celles qui réussissent, mais on ne dit rien des autres.

Employé d'une manière générale, ce procédé opératoire, s'il a quelques avantages, peut avoir de nombreux inconvénients; il serait donc à désirer que les membres de la Société, si compétents en pareille matière, pussent établir, d'après les faits qu'ils ont observés, quelques règles précises et en signaler les indications et les contre indications.

Une observation publiée dans la *Gazette des Hôpitaux,* et recueillie dans le service de M. Demarquay, a donné un résultat satisfaisant; mais combien y a-t-il eu de faits négatifs dans le même service?

M. Richet (nº 87, *Gazette des Hôpitaux*), à l'Hôtel-Dieu, a eu recours dernièrement à ce traitement, et n'a rien obtenu; il a dû procéder immédiatement à l'opération radicale.

M. le docteur Aguilhon l'a employé à Riom, chez une jeune personne atteinte d'une hernie crurale étranglée. La tumeur a diminué de volume, mais la réduction ne n'est pas mieux opérée; l'incision et le débridement de l'anneau ont pu seuls conjurer les accidents.

J'ai eu, il y a quelques jours, dans mon service de l'Hôtel-Dieu de Clermont, un malade dans la force de l'âge, doué d'une bonne constitution, qui avait une hernie inguinale volumineuse qui, sans être étranglée, était irréductible depuis quatre jours. Les conditions me paraissaient évidemment des plus favorables.

J'ai employé sans succès la pompe aspiratrice de M. Dieulafoy, l'instrument plus perfectionné de M. Potain, rien n'est sorti par les canules; la tumeur a conservé son volume, elle est devenue douloureuse; deux vomissements qui sont survenus m'ont fait craindre un instant des symptômes d'étranglement.

Les ponctions répétées ont donc provoqué une inflammation, qui pouvait avoir des conséquences fâcheuses et que j'ai dû prévenir en insistant sur les réfrigérants et les onctions belladonées.

C'est dans ces conditions que le malade, fatigué de l'inefficacité de ce traitement, a voulu sortir de l'hôpital.

A la même époque, j'ai opéré deux femmes qui avaient deux hernies crurales.

Chez la première, l'étranglement existait depuis quatre jours; la constriction exercée par l'anneau avait été tellement forte, que la gangrène s'y était manifestée. La malade a succombé à une péritonite.

Chez la seconde, qui était dans de meilleures conditions relative-

ment à la durée de l'étranglement, qui ne datait que de 48 heures, le taxis avait été si violent que l'anse intestinale était noire et flétrie, et qu'elle s'est affaissée lorsque la section de l'anneau a permis aux gaz de circuler dans le bout inférieur. Je n'ai pas osé réduire, j'ai pratiqué une petite ouverture, dans laquelle il a été introduit une grosse sonde; le cours des matières s'est rétabli à l'extérieur, les accidents ont cessé; il y a tout lieu d'espérer que la malade guérira de l'anus contre-nature qu'il a fallu pratiquer.

Si j'avais eu recours à l'aiguille de l'aspirateur Dieulafoy, il est probable que j'aurais réduit une anse intestinale gangrenée, et qu'un épanchement se serait fait dans la cavité péritonéale.

Ces piqûres sont-elles inoffensives, comme on l'assure? nul inconvénient à les tenter.

Peuvent-elles, au contraire, enflammer l'intestin ou provoquer des adhérences entre les deux feuillets du péritoine? il y a des inconvénients à les pratiquer d'une manière banale.

Je crois qu'il serait opportun de poser la question à la Société de chirurgie et de prier chacun de ses membres de publier les faits de sa pratique, afin d'établir les indications et les contre-indications du procédé opératoire.

Ce serait une règle qui ferait loi et à laquelle se conformeraient les chirurgiens moins expérimentés, qui seraient ainsi à l'abri des déceptions qui sont la conséquence de la lecture de faits donnés trop souvent comme positifs.

M. VERNEUIL. M. Fleury (de Clermont) a bien fait de poser la question, et je me proposais moi-même de la soulever à l'occasion d'un malade qui est sorti ce matin de mon service. J'ai pratiqué dans ce cas les ponctions avec l'appareil aspirateur de Dieulafoy; elles n'ont causé aucun désastre, mais elles ont été tout à fait inefficaces.

Un concierge atteint d'une hernie inguinale descendue dans le scrotum, et qui était étranglée depuis 2 heures du matin, a été apporté à 6 heures du soir dans mon service. L'étranglement remontait à seize heures. C'était une hernie habituellement contenue, sortie tout à coup, et qui, par conséquent, était véritablement étranglée. Il n'avait pas été fait de tentative de réduction.

Je diagnostiquai un étranglement par le collet du sac, et comme la tumeur était fluctuante, j'essayai la ponction et l'aspiration. Je retirai 400 grammes environ d'un liquide rosé; il y avait hydropisie du sac. Après cette évacuation, je reconnus une hernie d'un volume moyen. Je fis une tentative de réduction (le malade était

chloroformisé). Le liquide étant enlevé, je pensais réduire ; impossible! Je fis alors, pour la seconde fois, la ponction et l'aspiration avec le trocart n° 3 de l'appareil de Potain ; il ne sortit rien d'abord, puis un peu de gaz et de sang. La tumeur ne diminuait pas ; je ne savais pas si j'étais dans l'intestin ; il est en effet difficile de le savoir. Je fis une nouvelle ponction ; il sortit du sang rougeâtre. Je m'en tins là et je fis le taxis, mais je ne prolongeai pas les efforts.

Je fis la kélotomie, et je débridai le collet du sac ; l'intestin était un peu livide. Il y avait sur cet intestin trois perforations : une du premier coup de trocart, deux du deuxième : l'intestin avait été traversé de part en part. Il suintait un peu de sang par une des piqûres. Je débridai largement et je liai l'épiploon, car la hernie était une entéro-épiplocèle, et je réduisis.

Le malade guérit. De ce fait je tire cette conclusion, que les ponctions ne doivent pas être faites dans un étranglement ancien, parce que des perforations sur un intestin malade peuvent entraîner de graves désastres. Sur un intestin sain, la ponction est innocente. Mon malade, après la réduction de l'intestin, n'a pas rendu de sang dans les selles. On peut donc dire que la ponction a été innocente ; mais j'ai percé trois fois en vain l'intestin, et il faut, à mon sens, considérablement rabattre de l'enthousiasme que l'on a provoqué en faveur de la ponction et de l'aspiration dans les hernies étranglées.

M. PANAS. J'ai fait deux tentatives d'aspiration dans les hernies. Voici les deux faits : sur une femme atteinte de hernie crurale, j'ai essayé de réduire, et ayant échoué, j'ai tenté l'aspiration. J'ai rencontré les mêmes difficultés que M. Verneuil pour trouver l'intestin ; mais j'ai enlevé le liquide du sac ; j'ai voulu ensuite piquer l'intestin, j'ai échoué. J'essayai alors de nouveau de réduire, croyant avoir favorisé la réduction en enlevant le liquide du sac, ainsi que j'en ai fait l'expérience déjà sur des animaux. J'ai réduit, mais la malade a succombé le surlendemain. Elle avait un étranglement ancien. L'intestin ulcéré avait été réduit.

Chez un homme atteint d'une grosse hernie scrotale étranglée ou enflammée, je fis la ponction et l'aspiration ; je retirai 100 grammes de liquide. Cette fois, l'anse intestinale n'a pu être réduite ; le taxis reconnu insuffisant, je pratiquai la kélotomie. Je trouvai une grosse hernie enflammée. Le malade est mort des suites de l'opération. L'obstacle à la réduction est l'épaississement de l'intestin bien plus que la présence de liquide dans le sac. J'avais cru jusqu'ici que l'évacuation du liquide du sac était une bonne prati-

que ; mais on voit que, dans ces deux cas, elle n'est pas bonne, et cela juge le procédé de la ponction et de l'aspiration dans les hernies.

M. DUBRUEIL. Les opérations de M. Panas ne prouvent rien contre l'opération proposée par M. Dieulafoy, car M. Panas n'a fait que la ponction du sac.

LECTURE

Anatomie pathologique des kystes dentaires. — M. MAGITOT lit un mémoire sur ce sujet. (Renvoyé à une commission composée de MM. Saint-Germain, Duplay et Tillaux.)

PRÉSENTATION DE MALADE

Exstrophie de la vessie avec double hernie ilio-scrotale. — M. GUÉNIOT présente un enfant de 2 mois, bien développé et en bon état de santé, sur lequel il donne les détails suivants : Cet enfant a été apporté ce matin même dans mon service, avec une lésion originelle qui me paraît être un type d'exstrophie vésicale. Toute la région hypogastrique et pubienne est occupée par une tumeur rouge, muqueuse, ayant la forme d'un quadrilatère dont les angles supérieurs seraient arrondis. Son relief, peu marqué dans l'état de repos, augmente notablement pendant les cris de l'enfant; la tumeur semble alors être propulsée par les viscères abdominaux, et elle devient hémisphérique. Sa surface est humide, lisse dans presque toute son étendue, et, au contraire, inégale, comme festonnée sur sa circonférence, qui se relie presque sans transition avec les téguments de l'abdomen. Les deux angles inférieurs sont saillants et coniques; ils figurent deux petits mamelons, percés chacun d'une ouverture à travers laquelle s'écoule incessamment un liquide limpide, qui n'est autre que de l'urine. Ces deux mamelons correspondent aux orifices vésicaux des uretères, dont la muqueuse est légèrement prolapsée.

La tumeur mesure 4 centimètres dans le sens transversal et 3 centimètres 1/2 dans le sens vertical. Il n'existe aucune trace d'ombilic; les inégalités muqueuses qu'on remarque à l'angle supérieur droit de la tumeur, étant plus marquées que sur les autres points, semblent indiquer que le cordon ombilical s'implantait à ce niveau. Entre la pointe sternale et ces inégalités, on trouve un intervalle de 9 centimètres 1/2.

La verge, tout à fait rudimentaire, n'est représentée que par le gland, largement ouvert en gouttière à sa partie supérieure; elle confine à la vessie extroversée, et présente, sur sa demi-circonférence inférieure, une portion de prépuce munie d'un frein.

Enfin, les régions ilio-inguinales sont le siége (la gauche principalement) d'une éventration ou hernie intestinale qui s'étend depuis la partie supérieure de la fosse iliaque jusqu'au fond des bourses, où l'on reconnaît aisément la présence des testicules. Ces deux hernies, séparées en haut et juxtaposées en bas dans le scrotum, forment une sorte de bourrelet ou de tumeur cylindroïde qui embrasse, à la manière d'un croissant, les deux tiers inférieurs de la tumeur muqueuse avec le rudiment du pénis qui s'y trouve annexé. On détermine sans peine du gargouillement dans les hernies; mais la cavité abdominale ne paraît pas être assez spacieuse pour contenir l'intestin réduit, ni même pour permettre momentanément une réduction complète. La paroi abdominale se trouve ainsi très-incomplétement développée, de même que les os pubis, qui, restant écartés l'un de l'autre, n'ont pu compléter en avant l'enceinte pelvienne.

Comment remédier à un tel vice de conformation? Malgré le bon état général de l'enfant, je ne crois pas qu'on puisse tenter quoi que ce soit dans cette vue. Il s'agit d'une lésion très-complexe, contre laquelle les efforts de la chirurgie seraient aussi dangereux qu'inefficaces.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Luxation complète de l'astragale. — M. GUÉNIOT, à l'occasion du fait relaté par M. Desprès dans la dernière séance, présente le moule en plâtre d'une luxation astragalienne complète, et communique la note suivante qu'il a recueillie, en 1858, pendant son internat à l'hôpital Lariboisière.

Le malade, âgé de 30 ans, de constitution robuste, se trouvait sur un tombereau de charbon quand celui-ci versa et lui blessa violemment le pied droit. Une heure après l'accident, il entrait dans le service de M. Chassaignac, où nous pûmes constater les caractères et la gravité de la lésion.

Le pied, fortement déjeté en dedans, ne correspondait plus à l'axe de la jambe; il avait, en outre, subi un mouvement de rotation, en vertu duquel la face plantaire regardait notablement en dedans; la malléole externe formait une saillie très-exagérée, me-

naçant de perforer les téguments, et un sinus profond se remarquait au-dessus d'elle. La malléole interne, jugée fracturée, occupait au contraire le fond d'un angle formé par la jambe et le bord interne du pied. Cet angle était aussi profond que la malléole externe était saillante. Sur la face dorsale du pied, à 5 ou 6 centimètres en avant et en dedans de la malléole externe, se trouvaient deux reliefs osseux, dont l'un était formé par la tête de l'astragale déplacé, et l'autre par un bord de cet os. Tous deux étaient sous-cutanés et distendaient fortement les téguments. La saillie du talon restait normale. Enfin, les mouvements étaient impossibles, la douleur très-vive et la tuméfaction modérée.

Après chloroformisation, les internes tentèrent la réduction de l'astragale luxé. Des efforts furent faits dans cette vue pendant dix minutes, sans aucun résultat.

Le lendemain, M. Chassaignac renouvela ces tentatives, mais sans plus de succès, quoique les tractions, les pressions et les manœuvres de toutes sortes aient été continuées pendant une demi-heure. Grâce à l'énergie des efforts, la rotation du pied en dedans put être néanmoins corrigée, ainsi qu'une grande partie de son déjettement du même côté. Ce fut le seul changement obtenu dans l'état primitif.

Deux jours après, la gangrène se manifesta au niveau de la saillie astragalienne, et bientôt la chute d'une eschare, large comme une pièce de 5 francs, permit d'extraire l'astragale. On s'assura alors que cet os était non-seulement luxé sur le scaphoïde et sur le calcanéum, mais qu'il avait aussi perdu ses rapports avec le tibia et le péroné ; que la luxation, en un mot, était complète, et, de plus, que l'os expulsé de sa loge avait subi un mouvement de rotation sur son axe, mouvement en vertu duquel son bord inférieur et externe était devenu supérieur. C'était ce bord qui, saillant sur les téguments, menaçait dès les premiers jours de les perforer. Il résulte de cette disposition que les pressions exercées sur cette arête, pendant les efforts de réduction, auraient eu pour conséquence d'augmenter le déplacement suivant l'axe, plutôt que d'y remédier.

Le membre avait été immobilisé ; des accidents généraux graves n'en survinrent pas moins ; puis, consécutivement, un phlegmon de la jambe qui nécessita l'ouverture d'un abcès à sa partie supérieure. Peu à peu, cependant, il se produisit une amélioration qui alla progressivement croissant ; de telle sorte que, deux mois et demi après sa chute, le malade était hors de danger, mais ne pou-

vait encore se tenir debout. J'ignore ce qui advint par la suite, car mes notes s'arrêtent à cette période de la convalescence.

M. BROCA. Ce moule nous représente une luxation de l'astragale complète. Ce n'est pas une luxation sous-astragalienne : la tête de l'astragale n'est plus au niveau du milieu des malléoles. Il y a aussi une fracture de la malléole interne.

La gangrène est survenue dans ce cas, mais elle a été moins rapide que dans les cas de luxation sous-astragalienne. Aussi peut-on dire que la gangrène est plus rare dans les cas de luxation complète de l'astragale que dans les cas de luxation sous-astragalienne, où la tête de l'os comprime si fortement la peau de dehors en dedans. Roux et Dupuytren ont vu des cas de luxation de l'astragale avec renversement complet, qui ont guéri sans gangrène, ni nécrose, et ce fait se conçoit à peine quand on pense que tous les ligaments qui maintiennent l'astragale sont forcément rompus dans ce genre de luxation.

COMITÉ SECRET

A 5 heures, la Société se forme en comité secret pour entendre des communications diverses.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 7 AOUT 1872.

Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale;* — la *Gazette hebdomadaire;* — les *Archives générales de médecine et de chirurgie;* —

le *Lyon médical;* — le *Bordeaux médical;* — la *Gazette médicale de Strasbourg;* — le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique.*

Le secrétaire du *Collége royal des chirurgiens de Londres* remercie la Société de l'envoi de ses bulletins.

M. GUÉNIOT présente, de la part du docteur Villebrun, de Marseille, une observation d'utérus bifide. (Rapporteur : M. Guéniot.)

Discussion sur les lympho-sarcomes. — M. TRÉLAT. L'ordre du jour appelant une discussion déjà commencée, je prends la parole pour exposer en quelques mots l'objet de ma première communication.

Vous vous rappelez le fait qui a été publié dans nos bulletins : un malade, atteint de tumeur ganglionnaire du cou, est opéré; le mal récidive dans la cicatrice, et le patient succombe pendant l'opération pratiquée pour cette récidive. A l'autopsie, nous avons trouvé une généralisation du mal dans la rate et dans les ganglions mésentériques.

J'avais diagnostiqué, en raison de la marche rapide du mal et de l'état de santé en apparence florissant du malade, un cancer des ganglions, ou plutôt une tumeur à éléments histologiques néogènes. L'examen microscopique des tumeurs enlevées a été fait par M. Ranvier, et vous vous rappelez que cet anatomo-pathologiste a caractérisé la lésion un sarcome des ganglions avec hypergenèse des éléments cellulaires du ganglion. Vous vous rappelez aussi qu'à la même époque, M. Lannelongue publiait une observation de tumeur des ganglions, où le sarcome était caractérisé par la présence d'un élément réticulaire, et que cette sous-variété de sarcome avait eu les mêmes allures que le sarcome que j'ai observé.

Ainsi donc, voilà des faits qui se multiplient : tumeurs des ganglions solitaires sans retentissement apparent sur la santé générale, débutant comme l'adénie et sans leucocythémie. On peut les rattacher à l'adénie décrite par Trousseau, à cette adénie qui existe sans leucocythémie; mais sous des points de vue essentiels elles en diffèrent entièrement. L'adénie a une marche rapide, les hypertrophies des ganglions se multiplient, la santé générale faiblit, et les médecins sont dans l'habitude de n'y rien faire localement. Les tumeurs que je signale, au contraire, restent solitaires; elles n'ont pas d'action évidente sur la santé générale. Les désordres intérieurs restent profondément cachés, et comme leur développement rapide rappelle la marche du cancer, elles sollicitent une opération.

Ce que j'avais observé m'avait conduit à formuler, au moment de

ma première communication, cette proposition, que je ne croirais pas devoir opérer un sarcome ganglionnaire. En effet, alors que rien ne me la faisait supposer, une généralisation du mal existait. Mon malade est mort accidentellement; la Société a pensé que le chloroforme y était pour quelque chose, mais sa mort a été seulement précoce, car, six mois plus tard à peine, il eût succcombé au progrès de la généralisation du sarcome dans les viscères. En somme, on est exposé aujourd'hui à enlever un sarcome en croyant avoir affaire à un ganglion strumeux, et on fait, à mon sens, une mauvaise opération. Il est donc de la plus haute importance de traiter cette question, neuve au point de vue clinique, et de chercher les bases d'un diagnostic certain. Cela est-il possible?

Il y a bien quelques signes: ces tumeurs se développent chez des sujets déjà d'un certain âge; ce ne sont point des jeunes gens, et le mal arrive à une époque où se développent les tumeurs néoplasiques. Il n'y a point, parmi les antécédents, de cause apparente d'adénites dans le voisinage; enfin, le développement du mal est très-rapide. Lorsque la tumeur a un certain volume, il y a encore un caractère qui peut éclairer : la tumeur ne se perfore point, il n'y a pas de suppuration; elle est demi-dure, il n'y a pas de lobes multiples. Chez mon malade, il n'y avait que trois lobes; cette disposition correspond à l'hypertrophie réticulaire des cloisons qui divisent la tumeur et simulent des lobes. Hors ces quelques signes, je ne vois pas d'autre assiette au diagnostic.

L'histologie, cependant, ne laisse aucun doute; ces tumeurs sont bien des sarcomes. Je demande donc que nous nous éclairions ici, car, d'après ce que j'ai vu, lorsqu'il existe un lymphadénome sarcomateux qui n'est pas franchement de l'adénie avec ou sans leucocythémie, je crois qu'il ne faudrait pas faire d'opération.

M. VERNEUIL. Je ne pense pas pouvoir élucider tous les points du débat, et je ne donnerai pas sans doute toute satisfaction à M. Trélat; mais j'ai dix faits sur lesquels j'appellerai l'attention de la Société et qui pourront éclairer la question.

Il existe des tumeurs nées dans les ganglions qui ne semblent pas en rapport avec une lésion locale de voisinage. Ces adénopathies, qui se présentent le plus souvent au cou, n'ont pas la marche des autres engorgements ganglionnaires. Elles ne sont pas accompagnées de leucocythémie, de sorte que l'on peut se demander si elles rentrent dans les cas d'adénie, telle que l'a décrite Trousseau. *A priori*, je dois dire que les faits que je vais rapporter ne sont pas de l'adénie; il ne s'agit point d'engorgements ganglionnaires se mul-

tipliant partout et coïncidant avec la leucocythémie ; il s'agit d'engorgements localisés plusieurs années dans un point.

L'anatomie pathologique et l'histologie de ces tumeurs m'ont appris qu'il en existait plusieurs espèces :

1° Une variété dans laquelle il y a hypertrophie des follicules clos, comme dans les rates atteintes de dégénérescence amyloïde. J'ai trois cas de ce genre ; l'un d'eux a été publié dans la *Gazette hebdomadaire* en 1854.

2° Le ganglion a subi la dégénérescence fibro-plastique ; l'aspect du ganglion est conservé, malgré l'augmentation de volume ; on ne trouve que des éléments fibro-plastiques, et le ganglion présente, à la coupe, un aspect charnu.

3° La troisième variété correspond au sarcome et renferme des éléments embryo-plastiques. Deux sous-variétés composent ce groupe. Il y a une dégénérescence du ganglion, qui est constitué par des masses blanches, et où domine l'élément embryo-plastique. Les cloisons du ganglion sont hypertrophiées et sont remplies d'éléments fibro-plastiques fusiformes : c'est le fibro-sarcome. La deuxième sous-variété est une forme hypertrophique ; la capsule fibreuse du ganglion a acquis un accroissement énorme, et, au centre, se trouve une masse pulpeuse, comme le contenu d'une loupe : c'est le fibro-adénome.

4° Il y a un squirrhe franc des ganglions ; j'en ai vu deux exemples remarquables.

5° Une dernière variété est un sarcome présentant une grande mollesse et offrant, quant à la composition histologique et à l'aspect général, les caractères de l'encéphaloïde ancien.

6° Le cancer primitif dur. C'est au cou, principalement, que j'ai observé ces tumeurs ; j'en ai vu une à l'aisselle, une à l'aine.

Les faits sur lesquels nous appelons l'attention ont été entrevus, nous ne le méconnaissons point ; mais les recherches modernes sont à faire sur ce point. Si Lebert avait signalé le cancer primitif des ganglions, Velpeau avait dit qu'il n'y avait pas d'engorgement des ganglions sans lésion primitive dans un point voisin. Si l'on enlevait des ganglions, on disait qu'on enlevait des engorgements scrofuleux malins ; j'en appelle aux travaux de Larrey et de Velpeau. Plein de ces idées, j'avais, au début de ma carrière, jugé mauvaise l'opération qui avait pour but d'enlever des ganglions. Personne, à cette époque, n'avait fait de distinction capable de diriger les opérateurs.

M. FORGET. On avait distingué.

M. VERNEUIL. Quand nous aurons les preuves de la distinction avec des observations, nous discuterons l'assertion de M. Forget.

La question du diagnostic est posée. Comment peut-on la résoudre? Entre un engorgement hypertrophique simple et un sarcome, comment distinguer? Cela est important, car j'ai une observation qui démontre que l'on peut enlever avec succès les sarcomes des ganglions. Pour ma part, je ne sais si je pourrais toujours diagnostiquer, sur le vivant, les variétés que j'ai reconnues à l'autopsie des tumeurs.

Toutes les variétés de tumeurs que j'ai observées existaient chez des sujets adultes. Au-dessus de 20 ans, je n'ai pas vu de signes clairs de scrofules ou de lymphatisme. Chez les malades, gens robustes d'ailleurs, une seule région ganglionnaire était prise; il n'y avait pas de lésion antérieure dans la sphère voisine des ganglions. Chez aucun malade il n'y avait de leucocythémie, et, à cet égard, on ne peut confondre ces engorgements chroniques avec la leucocythémie que tout à fait au début.

On ne peut se fonder sur la durée du mal pour établir le caractère de malignité de la tumeur. J'ai enlevé une tumeur du cou, qui, après l'opération, a pris la marche grave du cancer, et cependant le malade portait cette tumeur depuis six ans. J'ai enlevé une tumeur que j'ai désignée sous le nom d'adénome périphérique. La durée du mal dépassait cinq ans et demi. La tumeur de l'aisselle, que j'ai enlevée, tumeur énorme que les chirurgiens étrangers avaient renoncé à opérer, gênait peu le malade, et la coquetterie seule le poussait à se faire opérer. Après l'opération, il y a eu une généralisation dans le foie, et cependant le mal durait depuis neuf ans.

Cependant, combien serait-il urgent de diagnostiquer la nature exacte du mal à une époque voisine du début! Alors, en effet, le ganglion roule facilement sur les parties profondes et est facile à extraire. On n'est pas obligé d'attendre et d'en arriver à ce point qu'on doive laisser les opérations inachevées, comme j'ai dû m'y résigner dans un cas où cependant la tumeur avait une mobilité apparente.

Faut-il opérer ces tumeurs? M. Trélat dit non, parce que la récidive et la généralisation cachée ne tardent pas à emporter les malades; mais, à ce compte, on ne devrait pas toucher aux tumeurs malignes du sein.

M. TRÉLAT. Mais je n'ai parlé que d'une variété des tumeurs dont s'occupe M. Verneuil.

M. VERNEUIL. Comme le diagnostic est difficile, sinon impossible, ce que je dis des tumeurs hypertrophiques s'applique aussi aux sarcomes graves.

Y a-t-il d'ailleurs des documents, dans les livres modernes, relatifs aux lymphadénomes? Le livre de Virchow ne renferme rien qui ait trait à la chirurgie et surtout à la clinique. Pour moi, d'après ce que j'ai vu dans tous les cas, rien ne fait présager une généralisation qui serait capable de contre-indiquer une opération.

Le sarcome du pli de l'aine que j'ai présenté ici à la Société existait chez un malade qui avait toutes les apparences d'une excellente constitution. J'opère; la pyohémie emporte le malade. Il y avait dans le foie et dans les ganglions viscéraux des foyers secondaires, et il n'y avait pas moyen de se douter de ce fait avant l'opération. Il en était de même pour l'observation de la jeune fille chez laquelle j'ai dû laisser l'opération inachevée. Ces opérations sont, en effet, plus graves et plus laborieuses qu'on ne le suppose. Malgré une mobilité apparente, on est obligé de sculpter la tumeur, on dénude des artères, des veines; deux fois j'ai rompu la veine jugulaire, et j'ai dû lier. Est-ce à dire qu'on ne doive pas opérer? Les faits qui ont été publiés dans la thèse de M. Debarre (*De la dénudation des artères*, thèse de Paris, 1860), dans la thèse de M. Bergeron (*Des engorgements ganglionnaires du cou*, concours d'agrégation, 1872), renferment des faits de ma pratique, où se trouvent des cas de dénudation des artères et des veines et de ligature des veines qui n'ont été suivies d'aucun accident. La dernière thèse renferme l'histoire d'un boucher auquel j'ai enlevé une tumeur de l'aisselle avec la veine axillaire, dont j'ai lié les deux bouts; le malade a guéri. Un autre ganglion apparut au cou; je l'ai enlevé un an après : c'était de l'encéphaloïde pur. Un engorgement ganglionnaire du cou s'est ensuite montré derrière l'oreille; le mal semblait près de se généraliser. Néanmoins, cet homme a eu six ans de guérison, et cela est bien quelque chose. Un jeune homme que nous avons vu avec Follin, avait une grosse tumeur ganglionnaire du cou allant du pariétal à l'acromion, et étouffant le malade; nous opérons, et sept ans après nous revoyons le malade guéri. Sa tumeur était composée de tissu fibro-plastique. J'ai opéré une actrice dont le mal a continué, et qui est allée mourir à la mer. Une malade de Fontainebleau avait une adénite cervicale double; j'opère d'un côté; un érysipèle survient. Sous cette influence, les ganglions de l'autre côté guérissent. La malade est morte, cinq ou

six mois après, tuberculeuse, a-t-on dit; mais je crois qu'elle a pu succomber à une généralisation de son mal.

J'ai aussi essayé la thérapeutique contre les tumeurs de ce genre. En 1867, un étudiant en droit avait un ganglion hypertrophié dans la région des vaisseaux du cou (c'est là, en général, que siége le mal). La tumeur était grosse. Je refusai d'opérer ce jeune homme, et je l'envoyai à la mer. Ce malade venait me voir tous les six mois. Le mal diminua très-sensiblement, des deux tiers environ; a-t-il disparu tout à fait? Je ne sais, et il serait heureux que notre *Bulletin* pût être connu de lui, afin que cette note l'engageât à donner des renseignements sur l'état de sa tumeur. En résumé, d'après ce que j'ai vu, les opérations pratiquées pour les tumeurs dont je viens de vous entretenir sont des opérations très-graves; mais, à mon sens, elles doivent être faites.

M. MARJOLIN. Les antécédents des malades étaient-ils connus? Y avait-il, dans leurs ascendants, des cancéreux ou des scrofuleux?

M. VERNEUIL. Je n'ai parlé ici que des lésions qui ne sont ni de la scrofule ni du cancer.

PRÉSENTATION DE MALADES

Polype naso-pharyngien; résection temporaire de la paroi antérieure du sinus maxillaire. — M. TRÉLAT montre un malade auquel il a enlevé un polype naso-pharyngien par une résection temporaire du maxillaire, suivant le procédé de Langenbeck, modifié par Bæckel. Un lambeau étant taillé sur la joue, sans détacher les parties molles des os, une section avec la scie à main à chantourner a été faite sur la paroi antérieure du sinus maxillaire, puis sur l'apophyse montante, puis sous le bord orbitaire, et enfin sur l'os malaire. Le lambeau relevé, le sinus a été ouvert, la paroi externe de la fosse nasale a été détruite, et le polype a pu être enlevé. Aujourd'hui, ajoute le présentateur, quatre semaines après l'opération, le lambeau a repris, les os sont soudés, et la joue est très-solide. Cette opération est rendue assez difficile, à cause des hémorrhagies qui ont lieu pendant les manœuvres d'arrachement du polype. Le malade est parti guéri dans son pays.

ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL DU 8 JUIN

Des injections intra-veineuses de chloral. — M. ORÉ a envoyé la note suivante :

Avant d'entrer dans le récit des expériences que renferme cette note, je crois utile d'indiquer : 1° le but que je poursuis; 2° le procédé que j'ai constamment mis en usage pour l'atteindre.

Objet de ces recherches. — Mon but est de démontrer que l'*introduction directe des substances dans les veines* rend leur action infiniment plus rapide et plus efficace, sans exercer aucune influence fâcheuse sur les animaux.

Quant au procédé opératoire, il consiste à mettre à nu la veine crurale, et, après l'avoir isolée dans une étendue de 2 à 3 centimètres, à y injecter la substance, à l'état de dissolution, dont j'ai voulu déterminer les propriétés physiologiques. L'instrument dont je me suis servi est la seringue de Dieulafoy. J'ai toujours expérimenté sur des chiens de haute taille.

Je diviserai en quatre groupes les nombreuses expériences que j'ai faites :

1er groupe. — Injection dans la veine crurale d'une solution titrée d'hydrate de chloral.

2e groupe. — Injection dans l'estomac, à l'aide de la sonde œsophagienne, d'une solution semblable d'hydrate de chloral. Comparaison entre les résultats des expériences mentionnées dans ces deux groupes.

3e groupe. — Injections sous-cutanées de strychnine; injections dans les veines d'une solution de chloral faites à quelques minutes de la première.

4e groupe. — Injection simultanée dans les veines de strychnine et de chloral.

Premier groupe. — *Injection dans la veine crurale droite d'une solution d'*un *gramme de chloral dissous dans* vingt *grammes d'eau.*

Première expérience.— La veine crurale droite d'un jeune chien de taille moyenne ayant été mise à nu et isolée, j'injectai en une seule fois une solution d'*un* gramme de chloral dans *vingt* grammes d'eau. L'injection avait été faite à deux heures quarante-trois minutes. Aussitôt, les battements du cœur devinrent plus précipités, avec des intermittences notables (108 battements par minute). Détaché de la planche à expériences et mis à terre, l'animal ne put se maintenir sur le train postérieur, qui était frappé d'immobilité. Le train antérieur, quoique offrant encore ces mouvements, était notablement affaibli. A deux heures quarante-huit minutes, c'est-à-dire cinq minutes après

le début de l'injection, l'animal tombe dans un sommeil profond, qui s'accompagne d'une paralysie générale de la motilité et de la sensibilité ; les mouvements réflexes eux-mêmes sont entièrement abolis; en le saisissant par la peau du dos, on peut le soulever sans qu'il donne aucun signe de vie.

3 heures 6 minutes. — Une piqûre, pratiquée avec la pointe d'un scalpel sur les diverses parties du corps, détermine quelques mouvements réflexes. La sensibilité semble donc un peu revenue; le chien essaye de se relever en s'appuyant sur le train antérieur, le postérieur étant frappé d'immobilité ; ses efforts sont superflus, il s'affaisse et retombe dans le sommeil.

3 heures et 1/2. — L'animal se réveille, il cherche encore à se relever en s'appuyant sur les pattes de devant, il ne peut y parvenir; il titube et tombe ; le sommeil apparaît de nouveau.

3 heures 50 minutes. — Le chien, étendu sous la table à vivisection, est plongé dans une somnolence profonde.

Le lendemain, la somnolence a cessé, le chien a repris en grande partie toute sa liberté de mouvements; le train postérieur conserve un affaiblissement manifeste ; trois jours après, il a pu servir à une nouvelle expérience dont je parlerai plus tard.

Deuxième expérience. — Injection de un *gramme* cinquante *centigrammes de chloral dans la veine crurale d'un chien de moyenne taille.*— Immédiatement après l'injection, faite à 3 heures, l'animal est pris d'efforts de vomissements, qui cessent presque aussitôt ; puis il tombe dans le coma. Les mouvements du cœur deviennent alors précipités et petits (152). Paralysie générale du mouvement et de la sensibilité ; toutes les actions réflexes ont disparu. L'animal paraît mort. Tous ces phénomènes n'ont pas mis deux minutes à se produire.

3 heures 30 minutes. — Le pincement des pattes de derrière détermine une douleur vague, que l'animal traduit par de faibles cris et en retirant sa patte. Le sommeil continue, il est profond; s'il cesse momentanément sous l'influence d'irritations répétées, il revient aussitôt, car l'animal retombe dans le coma d'où on l'a sorti. La respiration est calme, le pouls est régulier, avec quelques intermittences.

3 heures 41 minutes. — En plaçant un flacon d'ammoniaque sous les narines du chien, on détermine des mouvements rapides de la tête ; on le maintient éveillé pendant trois minutes, puis le sommeil se montre de nouveau.

3 heures 52 minutes. — Un choc violent le réveille en sursaut;

il essaye de se relever, mais l'immobilité du train postérieur l'en empêche. Le sommeil survient.

4 heures 10 minutes. — L'animal essaye de marcher, il fait quelques pas dans le laboratoire; il titube comme dans l'ivresse; il va se placer sous une chaise, où il s'accroupit. Bientôt la tendance au sommeil est si irrésistible, qu'il y retombe presque aussitôt.

Revu le soir à 10 heures, il est dans les mêmes conditions; il dort à la même place.

Le lendemain, nous observons les mêmes phénomènes. Ce n'est que vers la fin du troisième jour que l'animal commença à sortir de l'espèce d'abrutissement dans lequel il avait été jusque-là.

Troisième expérience. — Injection de deux *grammes de chloral chez un chien loup d'assez haute taille.* — Ce chien a présenté absolument les mêmes phénomènes que les deux précédents, avec cette particularité sur laquelle j'insiste, tant elle me paraît importante : c'est que le sommeil, la paralysie générale du mouvement et de la sensibilité, l'abolition des mouvements réflexes, *ont été instantanés.* Tous ces troubles physiologiques sont apparus, en effet, dès la fin de l'injection et se sont maintenus pendant quatre jours.

Je ne multiplierai pas le récit de ces expériences, qui ont toutes été suivies des mêmes résultats. Je me contente de faire remarquer :

1° Que l'injection directe d'une solution concentrée de chloral dans les veines est absolument inoffensive, et n'a déterminé aucun trouble anatomique, aucune lésion dans les parois des vaisseaux;

2° Que, sous l'influence de l'injection directe dans les veines, l'abolition complète, absolue, de la sensibilité et des mouvements volontaires et réflexes, le sommeil, se sont manifestés : 1° après cinq minutes, avec une solution de *un* gramme de chloral dans *vingt* grammes d'eau; 2° en moins de deux minutes, avec *un* gramme *cinquante* centigrammes; 3° enfin, instantanément, avec *deux* grammes de la même solution;

3° Que, dans le premier cas, ces phénomènes ont duré jusqu'au lendemain, tandis que dans les deux autres, ils n'ont cessé qu'après trois et quatre jours.

Il devenait intéressant et utile pour la thèse que je soutiens de comparer les effets de l'injection directe dans les veines avec les phénomènes de l'absorption du chloral par la voie digestive. C'est ce que j'ai recherché dans les expériences suivantes :

DEUXIÈME GROUPE D'EXPÉRIENCES. — *Injection dans l'estomac, à l'aide de la sonde œsophagienne, d'une solution plus ou moins concentrée de chloral.*

Première expérience. — Après avoir fait l'expérience précédente, dans laquelle *deux* grammes de chloral avaient été introduits dans la veine crurale, j'injectai la même dose dans l'estomac d'un chien épagneul, à l'aide de la sonde œsophagienne. Il ne parut pas s'en apercevoir.

Ce ne fut que vingt minutes après que la marche commença à devenir incertaine et affaiblie, dans le train postérieur surtout. Néanmoins, quoique gênée, elle s'effectuait encore assez facilement. Sans doute, le chien s'affaissait quelquefois, mais il se relevait aussitôt. Bientôt elle devint de plus en plus chancelante, titubante, comme pendant l'ivresse, sous l'influence de laquelle il paraissait être déjà.

Après une demi-heure, il se coucha sur le ventre, et je pus alors constater la manifestation progressive, mais lente, de tous les phénomènes décrits déjà : sommeil, paralysie générale du mouvement, de la sensibilité, etc., etc.

L'expérience avait été commencée à 2 heures 32 minutes. A 5 heures tout s'était dissipé. Le chien avait repris ses allures et sa gaieté. Rien n'aurait pu faire supposer qu'il eût été le sujet d'une expérience.

Deuxième expérience. — Dans cette seconde expérience, faite à 5 heures 40 minutes, j'injectai dans l'estomac, en une seule fois, *quatre* grammes *cinquante* centigrammes de chloral. L'apparition des premiers symptômes se fit après dix minutes, par conséquent plus vite que dans le cas précédent. Ils s'accentuèrent rapidement, et après vingt minutes, nous avions sous les yeux un tableau semblable à celui des expériences déjà citées. Tous ces symptômes se maintinrent jusqu'à 10 heures du soir; ils se dissipèrent complétement alors; leur durée totale avait été de quatre heures et demie.

Je ne cite que ces deux expériences, pour éviter des répétitions inutiles et fastidieuses.

Si l'on compare maintenant les résultats obtenus dans les deux modes d'introduction du chloral dans l'organisme, on arrive aux conséquences suivantes :

Solution de chloral : *deux* grammes, injectée dans les veines.

1° L'apparition des phénomènes a lieu après cinq minutes, — deux minutes,— instantanément; 2° leur durée a été de dix-huit heures, — trois jours, — quatre jours.

Solution de chloral : *deux* grammes, injectée dans l'estomac. 1° L'apparition des phénomènes a eu lieu après vingt et dix minutes; 2° leur durée a été de deux heures et de quatre heures et demie.

Une différence si tranchée ne prouve-t-elle pas que si, dans le premier cas, le chloral a eu une action en quelque sorte *dynamisée*, c'est parce qu'il a été introduit en *nature* dans l'appareil circulatoire, sans avoir subi les modifications que l'acte digestif est susceptible de lui faire éprouver.

Cette action si rapide, si instantanée du chloral injecté dans les veines, le sommeil, l'anéantissement immédiat de tous les mouvements, de la sensibilité, dont il est impossible de se faire une juste idée si l'on n'a pas expérimenté soi-même, ne pouvaient rester sans application pratique. Je savais que cette substance, préconisée contre le tétanos, avait donné, administrée par la voie stomacale, quelques bons résultats; je l'avais moi-même employée, le plus souvent sans avantage, une fois seulement, dans un cas léger, avec succès, conjointement avec la morphine. Je connaissais enfin les observations de notre collègue et ami le professeur Verneuil; je devais, dès lors, rechercher quelles sont les substances qui, introduites dans l'organisme, déterminent des états convulsifs plus ou moins semblables au tétanos, et essayer de combattre leurs effets par les injections de chloral dans les veines. Parmi ces substances, désignées sous le nom d'*alcaloïdes*, il en est une, la strychnine, qui occasionne de véritables crises tétaniques, toujours rapidement mortelles, lorsque la dose absorbée est suffisante.

Or le chloral devait-il modifier ce tétanos strychnique, l'arrêter ou, enfin, neutraliser son action si rapidement fatale?

La solution de tous ces problèmes se trouvera, en partie, dans les expériences des 3e et 4e groupes.

TROISIÈME GROUPE.

Il renferme celles dans lesquelles j'ai fait des injections sous-cutanées de strychnine, de manière à produire le tétanos, que j'ai combattu par le chloral dans les veines dès l'apparition des symptômes convulsifs.

Première expérience. — J'ai injecté sous la peau du ventre d'un

grand chien *deux* centigrammes de strychnine dans 1 gramme d'eau. Quatre minutes après, l'animal était pris de convulsions très-fortes, caractérisées surtout par le trismus, l'opistothonos. Il a succombé en cinq minutes.

Donc, *deux* centigrammes de strychnine avaient suffi pour tuer rapidement l'animal.

Deuxième expérience. — A un chien-mouton de haute taille, j'ai injecté sous l'épiderme thoracique une solution de *deux* centigrammes de strychnine dans 1 gramme d'eau. Quatre minutes après, les phénomènes tétaniques se sont manifestés. J'ai attendu qu'ils fussent bien accentués. Alors seulement j'ai introduit dans la veine crurale une solution de 3 grammes de chloral. Le trismus a cessé presque aussitôt. La langue, d'abord très-violacée, a pris une teinte pâle. La respiration est devenue très-rapide. La bouche, largement ouverte, livre à l'air un accès facile. L'animal est très-agité ; il éprouve des contractions violentes, brusques, saccadées, qui ressemblent à celles que donnent des secousses électriques.

A cet état succèdent l'affaissement musculaire et de la sensibilité, si souvent mentionnés, avec une tendance au sommeil; mais ces derniers symptômes sont tout à fait passagers, car le moindre bruit, le moindre choc, le plus léger attouchement suffisent pour ramener aussitôt des convulsions.

Après un quart d'heure, je détache l'animal de la planche. A ce moment, il est pris d'une violente crise tétanique, pendant laquelle la respiration a été en quelque sorte comme suspendue. Quant au trismus, il n'a pas reparu jusqu'à la fin de l'expérience.

Un peu plus tard, la roideur tétanique a cessé, remplacée par un relâchement musculaire analogue à celui que produit le chloral lorsqu'il est injecté seul. L'animal succombe. L'expérience avait duré une demi-heure.

Il est impossible de ne pas trouver une différence manifeste entre les résultats des deux expériences précédentes : tandis que le premier chien a succombé en quatre minutes à une injection hypodermique de *deux* centigrammes de strychnine, celui-ci a vécu une demi-heure, offrant des alternatives de tétanos et de relâchement musculaire. N'était-il pas évident qu'il y avait une lutte entre l'action stupéfiante, paralysante du chloral, et l'action tétanique de la strychnine? Ne pouvait-on pas espérer, dès lors, qu'en arrivant à un dosage convenable des deux substances, on obtiendrait des résultats meilleurs?

Troisième expérience. — A 5 heures 37 minutes, injection dans le tissu cellulaire abdominal d'un chien de haute taille d'une 1/2 seringue de Luer, contenant *un* centigramme de strychnine dans 1 gramme d'eau. A 5 heures 40 minutes, apparition des premiers symptômes : inquiétude, commencement de roideur tétanique. A 5 heures 43 minutes, les phénomènes sont plus accentués, mais ne sont pas encore assez nets; j'injecte alors la seconde moitié de la seringue de Luer. L'animal a donc reçu *un* centigramme de strychnine dans le tissu cellulaire.

5 heures 48 minutes. — Les phénomènes tétaniques s'accentuent définitivement. Trismus. Convulsions générales.

A ce moment, j'injecte dans la veine crurale 2 grammes de chloral.

Presque immédiatement, le chien devient plus tranquille.

5 heures 53 minutes. — Sommeil. Battements du cœur très-précipités (133). La tête est renversée, sans contracture. Le calme est complet. On observe, toutefois, des contractions violentes qui se reproduisent instantanément, sous l'influence du moindre bruit, du plus léger choc, d'un simple attouchement sur une partie quelconque du corps. Ces dernières particularités n'ayant jamais manqué dans aucune expérience, je n'en parlerai plus.

5 heures 57 minutes. — Je détache l'animal de la planche. Aussitôt, violente crise tétanique. Respiration petite et rare, presque suspendue. Cet état dure deux minutes et fait place au calme.

6 heures 2 minutes. — La respiration devient ample et prolongée. Abattement. Relâchement musculaire. Sommeil.

6 heures 4 minutes. — Les inspirations sont toujours aussi longues, mais régulières. Sommeil.

6 heures 10 minutes. — Nouvelles convulsions. L'animal fait des efforts pour se lever, mais, à chaque mouvement pour se lever, les convulsions reparaissent

6 heures 15 minutes. — Sommeil accompagné du relâchement musculaire.

6 heures 1/2. — Nouvelle crise convulsive qui dure deux minutes.

Depuis ce moment jusqu'à 8 heures 40 minutes, heure à laquelle l'animal est mort, il a présenté des alternatives de convulsions et de relâchement musculaire. Les phénomènes tétaniques ont été quelquefois si accentués, qu'il est devenu nécessaire de pratiquer la respiration artificielle pour vaincre l'asphyxie occasionnée par la contracture des muscles des parois abdominales, thoraciques, et de la glotte.

Si dans la deuxième expérience il n'a pas été possible de nier l'influence du chloral sur la suspension momentanée de l'action foudroyante de la strychnine, la neutralisation de cet alcaloïde ressort bien mieux encore de celle que je viens de rapporter. L'animal a lutté, en effet, pendant *trois heures* avant de succomber.

Qu'on n'oublie pas qu'il faut quatre minutes pour que la mort arrive, lorsqu'on ne lui oppose pas l'injection avec le choral.

Ce fait, comme le précédent, m'autorisait à penser qu'il ne s'agissait plus que de formuler un dosage convenable et une méthode opératoire.

Les expériences répondront en partie à la question de dosage.

Quatrième groupe. — *Injection simultanée de chloral et de strychnine dans les veines.*

La rapidité avec laquelle se manifestent les phénomènes produits par une substance introduite *directement* dans la circulation m'engagea à ne plus recourir à la méthode hypodermique pour faire pénétrer la strychnine dans l'organisme, mais à l'injecter dans les veines *simultanément* avec le chloral. Je crois devoir rappeler, pour motiver ce nouveau mode d'expérimentation, que ce que je cherchais, c'était de savoir si le chloral peut neutraliser définitivement la strychnine au point de la rendre inoffensive.

Pour cela, il fallait un terme de comparaison et apprécier d'abord la dose de l'alcaloïde capable de produire rapidement la mort par son contact immédiat avec le sang.

Première expérience. — J'ai injecté dans la veine crurale gauche d'un chien *cinq* milligrammes de strychnine. *Dix secondes* après, les convulsions ont apparu, et l'animal a succombé en trois minutes.

La dose de strychnine était donc déterminée. Restait à chercher celle du chloral.

Deuxième expérience. — Injection simultanée, par la veine crurale droite, de cinq *milligrammes de strychnine et de* un *gramme* cinquante *centigrammes de chloral.* — Quinze secondes après, apparition du tétanos strychnique, suivi bientôt d'un relâchement musculaire complet, avec respiration accélérée et sommeil. Toutes les deux minutes, crise tétanique alternant avec le relâchement musculaire.

Cet état a duré une heure et demie. L'animal a succombé alors.

Si la dose de strychnine était suffisante pour donner la mort, la dose de chloral ne l'était pas pour l'empêcher.

Troisième expérience. — Injection simultanée de cinq *milligrammes de strychnine et de* deux *grammes de chloral dans la veine crurale d'un chien de haute taille.* — Cette expérience a été faite à 4 heures 15 minutes. Quinze secondes après, convulsions générales qui, d'abord intermittentes, sont devenues *presque continues*.

Après cinq minutes, j'ai injecté de nouveau *cinquante* centigrammes de chloral, ce qui a porté à *deux* grammes *cinquante* centigrammes la quantité de cette substance introduite dans l'appareil vasculaire. A partir de ce moment, le chien tombe dans un sommeil profond et bruyant, pendant lequel sa langue est pendante hors de la bouche; elle est rosée, ainsi que la muqueuse buccale. Cet état dure vingt minutes.

4 heures 36 minutes. — Mouvements convulsifs dans les membres antérieurs. Le chien dort, mais son sommeil est agité et plaintif.

4 heures 45 minutes. — Convulsions violentes, pendant lesquelles l'animal cherche à se soulever. Les convulsions sont surtout marquées dans le train antérieur; le postérieur est beaucoup moins agité. Le sommeil reparaît avec les mêmes caractères d'excitation; il est toujours bruyant et plaintif.

5 heures 3 minutes. — Le chien a constamment dormi. Il veut se relever, mais il est pris aussitôt de convulsions qui le renversent; ses yeux sont largement ouverts, intelligents. Quand on l'appelle, il fait un effort pour marcher, mais il est de nouveau renversé par des contractions tétaniques.

5 heures 15 minutes. — L'animal s'est levé, il a fait trois ou quatre pas, puis il est retombé en convulsions; néanmoins l'œil est toujours bon, l'intelligence complète, la respiration facile. Tout fait supposer que l'expérience se terminera convenablement.

6 heures. — Le chien n'a plus que de très-légères convulsions; il a même marché en s'appuyant contre le mur; puis il s'est endormi.

6 heures 30 minutes. — Il est couché sur le flanc, il répond quand on l'appelle; il a toujours le train postérieur affaibli. La tendance au sommeil est manifeste.

6 heures 40 minutes. — On donne à boire à l'animal; il boit avec avidité, mais d'une façon convulsive. Après avoir bu, il se tient appuyé sur le train postérieur; sa respiration est calme.

7 heures. — J'ai transporté l'animal dans une salle voisine; il est pris aussitôt d'une convulsion générale, qui cesse dès qu'on le met à terre.

10 heures du soir. — Le calme est revenu. Sommeil profond. Pas de convulsions.

Le lendemain, il ne reste plus aucune trace de strychnine; les phénomènes produits par le chloral sont seuls évidents. Cet état se prolonge pendant deux jours, après lesquels le chien reprend ses allures habituelles. J'écris cette observation dix jours après l'avoir faite. L'animal est revenu à son état le plus normal.

Depuis lors, j'ai répété cette expérience sur un autre chien : elle m'a donné absolument les mêmes résultats, après avoir présenté les mêmes particularités. Je crois donc inutile de la mentionner plus longuement.

L'action de la strychnine a donc été vaincue par celle du chloral, et j'affirme que les expérimentateurs qui se mettront dans les conditions de dosage où je me suis placé observeront les mêmes phénomènes. Or, si l'on songe que le tétanos strychnique *tue en quelques minutes,* en présentant un tableau qui offre tant de ressemblance avec le tétanos traumatique, si l'on se rappelle surtout que déjà le chloral, administré par la voie digestive, a donné quelques succès dans le traitement de cette très-redoutable affection, quels résultats bien autrement avantageux ne sera-t-on pas en droit d'espérer par son introduction directe dans les veines? Nos expériences ne démontrent-elles pas jusqu'à l'évidence qu'ainsi employé il produit presque instantanément un état stupéfiant et de paralysie même, dont l'apparition est infiniment plus rapide et la durée plus longue que par la voie digestive? J'espère que l'occasion ne se fera pas longtemps attendre d'appliquer à l'homme ces données de la physiologie expérimentale. A coup sûr, je ne la laisserai pas échapper. Si, plus heureux que moi, mes collègues de la Société de chirurgie se trouvaient en présence d'un cas de tétanos, qu'ils n'hésitent pas!

Du reste, pourquoi hésiterait-on? Sur quoi s'appuierait-on raisonnablement pour repousser cette méthode thérapeutique de l'injection veineuse?

Mais, de ce qu'elle a été abandonnée, cette méhode thérapeutique n'est pas nouvelle. Grâce à elle, Percy a guéri des tétaniques; Magendie l'a employée dans le choléra, la rage, et dans un cas de fièvre typhoïde grave. S'il n'a fait que soulager les deux premiers malades, il a guéri le troisième. Lorain n'a-t-il pas guéri un cholérique, en 1856, en injectant de l'eau dans les veines? Nous-même, récemment, ne l'avons-nous pas mis en usage dans deux cas de rage? Si nous n'avons pas empêché la mort, nous avons eu, du moins, la satisfaction de la voir arriver au milieu du calme.

Invoquera-t-on la phlébite? Mais n'existe-t-il pas, à cette heure, dans la science, 186 observations de transfusion du sang faite avec des résultats plus ou moins favorables, dans lesquelles la phlébite, et encore la phlébite légère, a été à peine mentionnée une ou deux fois ? La saignée du bras, enfin, n'est-elle pas une opération vulgaire aussi journalière que la phlébite consécutive est rare ? Quand elle arrive après cette opération de petite chirurgie, l'opérateur ne doit-il pas en chercher la cause dans sa main et sur la pointe de sa lancette. La phlébite n'est donc pas à redouter. Elle ne constituerait contre l'injection veineuse qu'un argument sans valeur, reposant sur une crainte chimérique, auquel je ne veux pas m'arrêter plus longtemps.

Un mot avant de conclure. On demandera peut-être comment le chloral arrive-t-il à neutraliser l'action foudroyante de la strychnine? Je me contente de faire observer que mon intention, dans cette note, a été seulement de montrer le rôle que le chloral pouvait jouer dans le traitement du tétanos. Dans un très-prochain travail, que j'adresserai à la Société, je montrerai, expérimentalement, par quel mécanisme le chloral arrête les effets de l'empoisonnement par la strychnine, que cette dernière ait été introduite par l'estomac ou par la méthode sous-cutanée.

Conclusions. — 1° L'injection du choral dans les veines détermine des effets beaucoup plus rapides et surtout plus durables que ceux que l'on obtient par l'introduction de cette même substance dans les voies digestives;

2° Le chloral, employé en injections dans les veines, contre les phénomènes tétaniques occasionnés par la strychnine, neutralise l'action de cet alcaloïde au point de la rendre nulle;

3° Je suis donc autorisé à dire que le chloral est un antidote de la strychnine ;

4° Il ressort des dernières expériences mentionnées précédemment que si le chloral injecté dans les veines a empêché les effets si rapidement mortels de la strychnine portée directement dans le torrent circulatoire ou introduite par la méthode hypodermique, il est probable qu'il constituera un moyen curatif efficace contre le tétanos;

5° Je n'hésite pas à penser également qu'employé suivant notre méthode, il est appelé à donner des résultats inespérés dans le traitement des affections convulsives et même dans la rage. J'ai déjà commencé, sur ce dernier point, des expériences que je communiquerai plus tard à la Société de chirurgie;

6° La méthode des injections médicamenteuses dans les veines est absolument inoffensive.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 14 AOUT 1872

Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*; — le *Bordeaux médical*; — le *Bulletin médical du nord de la France*; — le *Journal de médecine de l'Ouest*; — le *Journal d'ophthalmologie de Paris*; — le *Bulletin de la Société des sciences médicales du grand-duché de Luxembourg*.

DISCUSSION

Sur le lymphadénome. — M. PANAS. L'étude du sujet qui nous occupe est de date toute récente. Bien des points restent encore obscurs, et pour quelque temps encore notre rôle principal devra consister à recueillir scrupuleusement les faits cliniques et anatomo-pathologiques, tels qu'ils se présentent à nous, sans prétendre en tirer des déductions absolues.

Avant les travaux de Virchow et Bennet sur la leucémie, parus en 1845, on ne connaissait des affections ganglionnaires non spécifiques que le cancer, l'adénite et le ganglion tuberculeux, à quoi

l'on ajoutait souvent, par voie d'hypothèse, la strume, et je dis par voie d'hypothèse, attendu que beaucoup d'individus prétendus strumeux étaient absolument exempts de tout ce qui constitue l'habitus des scrofuleux.

Ce fut donc un véritable progrès que la découverte de la leucémie, caractérisée par le développement progressif des ganglions lymphatiques, avec hypertrophie de la rate, et production de leucocytes en quantité anormale dans le sang et ailleurs, le tout aboutissant au marasme et à la mort.

Mais ici, de nouvelles difficultés devaient surgir.

On ne tarda pas à s'apercevoir que nombre d'individus affectés de la sorte, ne présentaient pas le caractère réputé fondamental de la leucémie, à savoir le développement exagéré de globules blancs dans le sang, et force a été de créer une nouvelle entité morbide (ce fut le fait de Trousseau) : l'*adénie*. L'observation de Bonfils en 1856, qui est la première en date et celles postérieures de Pavy, Patin, Perrin, Cossy, Hallé, Lardet, Trousseau, Hérard, Grisolle et quelques autres, rentrent manifestement dans cette catégorie.

Les progrès incessants de l'anatomie pathologique sont venus démontrer, d'autre part, que l'élément morbide affecte non-seulement le système ganglionnaire lymphatique, mais qu'il peut envahir la rate, les amygdales, les follicules gastro-intestinaux, les poumons, le foie, l'ovaire, la peau et jusqu'aux os, auxquels cas le tissu lymphoïde se comporte cliniquement comme le ferait le vrai cancer, avec lequel on a dû le confondre pas mal souvent, même à l'autopsie.

L'observation suivante, qui nous est propre, et qni offre un exemple type de lymphadénome de l'amygdale, n'aurait pas manqué d'être rangée dans les cancers de cet organe, sans l'examen microscopique du tissu amygdalien dont je vous présente ici une belle préparation, faite par mon interne, M. Valtat, qui a aussi recueilli l'observation.

R.., Louis, ferblantier, âgé de 46 ans, entre, le 21 octobre 1871, dans le service de M. Panas, à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, nº 3, pour une tumeur volumineuse qu'il porte dans la gorge depuis trois mois et demi environ.

Jusqu'à cette époque il a toujours joui d'une bonne santé, et dans sa famille il ne connaît rien qui, de près ou de loin, ressemble à sa maladie.

Le début de cette dernière s'annonça par un sentiment de gêne

dans la gorge, marqué surtout pendant la déglutition; en même temps, l'ouïe s'affaiblissait à gauche et la région parotidienne de ce côté était le siége d'une tuméfaction notable. En se regardant dans une glace, il vit que son amygdale gauche était grosse et un peu rouge; il consulta un médecin qui lui prescrivit des insufflations d'une poudre blanche, mais sans résultat. Son affection fit des progrès rapides, le gonflement de la région parotidienne envahit bientôt toute la moitié gauche du cou et, au bout de trois mois, la tumeur de l'amygdale avait acquis un tel développement que l'isthme du gosier était obstrué presque complétement. La déglutition devint alors très-pénible; la voix, nasonnée au début, s'affaiblit de jour en jour, et bientôt il ne put articuler que des sons voilés et inintelligibles. En même temps survint un écoulement continuel de salive par la bouche entrouverte, et un amaigrissement rapide. C'est alors que le malade se présenta à l'hôpital:

A son entrée, on constate, outre une maigreur très-accusée, une décoloration complète des téguments, dont la blancheur mate, transparente, rappelle l'aspect de la cire vierge. La moitié gauche du cou, surtout au niveau de la région parotidienne, est le siége d'une tumeur énorme, multilobée et de consistance élastique. En certains points la peau, très-amincie, est violacée et adhérente. L'amygdale du même côté est remplacée par une masse considérable de tissu grisâtre, très-friable, identique comme aspect à la substance grise cérébrale. Cette tumeur repousse très-fortement le voile du palais en avant, et descend assez bas dans le pharynx, pour qu'avec le doigt on ne puisse atteindre sa limite. Ajoutons que jamais elle n'a donné lieu au moindre écoulement de sang, et que les douleurs y sont peu marquées, même au toucher.

Le 11 janvier 1872, une opération partielle est pratiquée dans le but de soulager le malade dont la respiration est devenue très-pénible. La tumeur, ne résistant pas aux pinces, est morcelée avec les doigts, et une quantité assez notable de tissu morbide est enlevée du pharynx. Le lendemain, le malade garde le lit; il a la fièvre et des douleurs vives dans la gorge; le cou est le siége d'une tuméfaction considérable en même temps que d'une rougeur assez vive. Cet état dure quelques jours, et le 20 janvier, apparaît un point fluctuant qui est incisé et donne issue à une grande quantité de pus épais et rougeâtre.

Peu après, je fis l'examen de la tumeur qui m'avait été confiée, et je pensai qu'il s'agissait d'un lymphadénome. J'eus recours d'ailleurs à l'extrême obligeance de M. Ranvier à qui je soumis de

nombreuses préparations, et le savant maître confirma ce résultat. (Voir plus loin le détail de cet examen).

27 janvier. — L'exploration du système lymphatique fut faite alors avec soin et permit de constater les particularités suivantes : de chaque côté, surtout à gauche, les ganglions inguinaux sont le siége d'une tuméfaction notable, dure et indolente, que n'explique d'ailleurs aucun état local. Le malade, en effet, n'a pas d'ulcération aux parties génitales, et il n'a jamais eu qu'une chaude-pisse il y a quinze ans. Les ganglions lombaires sont pris aussi, et la palpation permet de reconnaître un empâtement très-manifeste dans cette région. Dans l'aisselle gauche, il existe un ganglion mobile et indolent, du volume d'une noix; enfin la rate, qui dépasse en bas les fausses côtes de trois travers de doigt, forme une masse à grand axe dirigé de haut en bas et de dehors en dedans, et mesurant 18 centimètres dans ce sens, sur 12 de diamètre transversal. La percussion, à ce niveau, ne cause aucune douleur. Le foie paraît plus petit que d'habitude, enfin les urines sont normales et la vue est bonne.

28 janvier. — L'examen microscopique révèle dans le sang la présence d'un nombre assez considérable de globules blancs (50 à 70 dans le champ du microscope grossissant 280 diamètres.)

Quant à la tumeur du cou, elle continue de suppurer abondamment sans pour cela perdre de son volume.

Le 6 février, une nouvelle exploration permet de constater que la rate a diminué beaucoup et qu'elle a repris ses dimensions normales; en outre les ganglions inguinaux sont à peine sensibles. Malgré cette amélioration apparente dans l'état local, le malade s'affaiblit de jour en jour et reste confiné au lit.

8 février. — Une seconde opération partielle est pratiquée et une notable portion de la tumeur pharyngienne enlevée avec les doigts. Mais le soulagement qu'elle procure est de courte durée. Bientôt la respiration et la déglutition sont de nouveau gênées, et la tumeur du cou s'ulcère en plusieurs points qui donnent issue à un liquide sanieux et fétide.

Le 8 avril, dans la nuit, le malade est pris de suffocation, et le lendemain, à 5 heures, la trachéotomie est pratiquée d'urgence.

Le 10, on constate des signes évidents de compression du grand sympathique. La pupille gauche est très-resserrée, l'ouverture palpébrale est sensiblement diminuée, enfin il existe une congestion peu marquée, mais non douteuse de la conjonctive. La respiration se fait assez facilement grâce à la canule. Le malade, affaibli au der-

nier point, reste immobile dans son lit, plongé dans une sorte de torpeur.

20 avril et jours suivants. — Il rejette par la canule une grande quantité de mucosités filantes; tous les jours la tumeur du cou augmente et s'ulcère davantage. Il survient alors de la diarrhée; des eschares se montrent au sacrum et aux trochanters et le malheureux arrive au dernier degré du marasme.

12 mai. — Nouvel examen du sang, aussi concluant que le premier; peut-être même les globules blancs ont-ils augmenté, on en compte de 60 à 80 dans le champ du microscope à 280 diamètres.

Examen histologique. — Les fragments de cette tumeur, après avoir séjourné deux jours dans l'alcool, sont plongés dans une solution très-faible d'acide chromique où ils se durcissent rapidement.

Des coupes fines sont alors pratiquées dans tous les sens, puis colorées avec la solution ammonicale de carmin, traitées par l'acide acétique et conservées dans la glycérine.

Le microscope y décèle la présence d'un tissu réticulé dont les mailles sont remplies de cellules rondes embryonnaires.

Ce résiculum, que l'on voit très-nettement sur les bords des préparations, et mieux encore sur des coupes traitées par le pinceau, prend naissance sur les parois des capillaires qui renferment de nombreux leucocythes colorés par le carmin; il est très-accusé et paraît plus épais qu'à l'état normal.

Les cellules qui remplissent les mailles du réticulum sont rondes, à un noyau, et mesurent de 8 à 9 millim. pour la plupart; à côté de ces derniers on voit quelques cellules de dimensions plus grandes, et mesurant jusqu'à 15 millimètres.

Quant aux capillaires, ils sont nombreux et leurs parois sont très-larges. Comme nous l'avons dit plus haut, ils contiennent de nombreux globules blancs. Ajoutons que sur plusieurs préparations, on retrouve la muqueuse tapissant la tumeur, et ne présentant d'ailleurs aucune particularité.

Les quelques détails qui précèdent justifient pleinement la dénomination de lymphadénome appliquée à cette tumeur. Elle représente, en effet, le type parfait du tissu lymphatique. Une seule production pourrait être confondue avec elle, c'est le lymphadénosarcome. Il n'est pas inutile, à ce propos, de rappeler que certains auteurs regardent comme très-difficile, sinon impossible, la distinction *histologique* de ces deux espèces.

Quoi qu'il en soit, c'est seulement avec un lymphadéno-sarcome mou que l'on pourrait confondre notre tumeur. Or la multiplicité des éléments cellulaires, leurs dimensions plus grandes, en général, la finesse du réticulum, qui semble disparaître au profit des cellules, sont des signes qui nous paraissent suffisants pour séparer le lymphadéno-sarcome mou du tissu qui nous occupe. Ajoutons, du reste, que, pour le cas particulier, la présence dans les capillaires de nombreux leucocytes suffit, à elle seule, pour lever tous les doutes.

Trousseau a été certainement trop absolu lorsqu'il a voulu tracer une démarcation absolue entre la leucémie et l'adénie, se fondant sur ce que, dans le premier cas, il y a toujours augmentation des globules blancs du sang, tandis qu'il n'y en aurait jamais dans l'adénie.

Non-seulement dans un certain nombre de cas on a omis l'examen du sang, ou on ne l'a fait qu'après la mort, mais il est positif que, dans le fait emprunté à Pavy (*case of anæmia lymphatica*), les globules blancs étaient surabondants, bien qu'en vérité l'auteur attribue cet excès à la diminution des globules rouges.

Dans le courant de cette année, il s'est présenté à Saint-Louis un individu atteint d'adénite cervicale unilatérale de nature manifestement strumeuse, ainsi que l'indiquait l'impétigo naso-labial existant chez lui depuis longtemps, et les autres attributs du tempérament lymphatique. Nul engorgement de la rate, rien autre de général. Malgré cela, l'examen du sang démontra une augmentation considérable des globules blancs du sang.

Voici cette observation, telle qu'elle a été recueillie par M. Laurey, interne du service.

Obs. II. — *Adénite cervicale. — Leucémie sans augmentation du volume de la rate.*

Le nommé L... (Charles), âgé de 45 ans, employé, tempérament lymphatico-sanguin, constitution assez bonne; entré le 9 février 1872, salle Saint-Augustin, lit nº 8.

Rien dans les antécédents de sa famille. Aucune maladie antérieure grave. Pas d'affections chirurgicales. Pas de syphilis. Une blennorrhagie il y a quinze ans, parfaitement guérie.

Il y a une dizaine d'années, ce malade a eu quelques maux de gorge traités et guéris par le docteur Guibout, à l'aide de gargarismes au sirop de mûres et à l'alun. Au mois de mars 1871, il fit une

chute sur le dos, d'une hauteur de 5 à 6 mètres, et éprouva, à la suite de cet accident, des douleurs lombaires fort vives qui reçurent les soins du docteur Guibout.

A la même époque, environ, le malade remarqua dans la région sous-maxillaire antérieure droite une tumeur, grosse comme un œuf de pigeon, et due à la présence d'un ganglion hypertrophié.

Iodure de potassium, badigeonnages multiples de teinture d'iode, frictions avec la pommade iodurée.

Cependant, malgré le traitement, du mois de mars au mois de juin, les ganglions sous-maxillaires et cervicaux se prennent et constituent, en s'hypertrophiant, une tumeur considérable. En même temps, le malade sent qu'il perd ses forces, quoique son appétit se soit bien conservé et quoique ses fonctions s'accomplissent régulièrement. Depuis le mois de juin, rien ne s'est modifié.

État actuel. — La tumeur s'étend du menton à la nuque, et de l'oreille à la base du cou : elle mesure 22 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur, 15 centimètres dans son diamètre vertical. Elle est recouverte d'une peau légèrement rosée; elle est dure, mamelonnée, non douloureuse au toucher. Toute la partie latérale droite du cou est donc déformée; le lobule de l'oreille est rejeté fortement en haut. La région mastoïdienne est elle-même envahie par de nombreux ganglions hypertrophiés. La tête, dans son ensemble, est déviée à gauche; il y a un véritable torticolis pathologique.

Les mouvements de déglutition sont conservés normaux.

La respiration, au contraire, est gênée; mais cette difficulté respiratoire n'est pas permanente. Elle vient par crises, pendant la nuit.

Lorsqu'il est levé, le malade a une respiration facile, sans gêne aucune; mais, pendant la nuit, il lui arrive quelquefois de se réveiller suffoqué. Il est obligé de se mettre immédiatement sur son séant. Cette anxiété respiratoire dure en moyenne une demi heure.

De même l'oreille droite a ses fonctions compromises. L'oreille gauche elle-même, par instant, n'a plus son acuité; le malade prétend qu'il lui arrive quelquefois d'être sourd complétement pendant une heure ou deux. Cette surdité s'accompagne de bourdonnements, de tintements de cloche, de mouvements de balancier dans la tête, tous phénomènes dus, sans doute, à une compression des vaisseaux du cou.

La vue est normale; elle a conservé toute son acuité. Les pupilles, à droite comme à gauche, n'offrent rien à signaler.

Aucun ganglion hypertrophié dans l'aisselle. Au pli de l'aine, on

sent une véritable pléiade ganglionnaire, mais d'un volume peu considérable.

La rate est normale et conserve ses rapports avec les 9e, 10e et 11e côtes gauches.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes correspondantes.

L'amygdale gauche n'a rien de remarquable, mais la droite est énorme, volumineuse, mamelonnée et très-dure au toucher. Elle arrive jusqu'à la ligne médiane à la luette, qu'elle refoule en haut et à gauche. Malgré cela, le malade n'éprouve aucune difficulté de déglutition.

Cette amygdale droite hypertrophiée serait-elle le point de départ de l'hypertrophie ganglionnaire énorme du côté correspondant du cou? Cela est d'autant moins probable qu'un état impétigineux chronique de la lèvre et du nez expliquent bien mieux l'hypertrophie des ganglions.

L'examen microscopique du sang, fait par M. Valtat, révèle la présence d'une quantité relativement considérable de globules blancs. Sous le champ du microscope, on en constate de 80 à 90 (grossissement de 280 diamètres).

Tout ce qu'on peut dire, dans l'état actuel de la science, c'est que la leucémie tantôt accompagne l'altération en question des ganglions, et d'autres fois pas, sans que nous sachions à quoi attribuer cette différence et sans qu'il nous soit permis d'y voir deux entités morbides entièrement distinctes.

L'observation suivante, recueillie dans notre service par M. Valtat, est un exemple, parmi beaucoup d'autres, d'adénie sans trace de leucémie, ni même du gonflement de la rate.

Obs. III. — *Adénie sans leucocytose.*

V... (Louis), âgé de 65 ans, se présente, le 4 mars 1872, à la consultation de M. Panas, à l'hôpital Saint-Louis, pour des tumeurs ganglionnaires nombreuses, dont le début remonte à cinq ans environ.

A cette époque, il lui vint dans l'aine gauche de petites tumeurs dures roulant sous la peau et complétement indolentes. Il n'avait d'ailleurs aucune ulcération à la verge et affirme même n'avoir jamais eu aucune affection vénérienne. Ces grosseurs restèrent fort longtemps stationnaires, et ce n'est que dans ces huit derniers mois qu'elles augmentèrent de volume. Trois ans après l'apparition

de ces dernières, il s'en montra de semblables dans l'aine et le haut de la cuisse, du côté opposé. Enfin, vers le mois de janvier 1871, les ganglions sous-maxillaires et cervicaux se prirent à leur tour et se développèrent assez rapidement, sans que d'ailleurs la santé générale éprouvât la moindre altération.

Aujourd'hui (4 mars 1872), l'état du malade est le suivant :

Les ganglions inguinaux, du côté gauche, ont acquis un volume considérable et forment une tumeur multilobée grosse comme le poing. Cette dernière est indolente et n'a contracté aucune adhérence avec la peau, qui a conservé sa coloration normale. A la partie supérieure de la cuisse, au niveau du triangle de Scarpa, il existe une tumeur du même volume à peu près, offrant les mêmes particularités que la précédente, et n'en différant que par sa direction, qui est parallèle à l'axe du membre. Ajoutons que depuis trois mois environ, la cuisse et la jambe de ce côté sont le siége d'un œdème considérable sans changement de coloration à la peau, et occasionnant plutôt des démangeaisons que de véritables douleurs.

Du côté droit, la région inguinale est le siége d'une tumeur analogue, mais un peu moins développée; à la partie supérieure et antérieure de la cuisse, on sent une série de nodosités, du volume d'une noix, disposées en chapelet, et descendant jusqu'à la partie moyenne. Le membre, de ce côté, n'offre pas trace d'œdème; au dire du malade, il aurait même sensiblement diminué dans ces derniers temps. Quoi qu'il en soit de cette assertion, les saillies des muscles sont encore très-accusées, et ceux-ci n'ont rien perdu de leur contractilité électrique. Enfin, de chaque côté, dans la région iliaque et lombaire, on sent manifestement un empâtement considérable, qu'il est difficile de limiter avec précision, mais qui ne laisse aucun doute sur l'existence de tumeurs analogues aux précédentes.

Les deux aisselles sont le siége de nodosités nombreuses, du volume d'une cerise, indolentes, roulant sous la peau et descendant en avant sous forme de chapelet, le long de la paroi thoracique. Le malade ignorait l'existence de ces tumeurs.

Les ganglions cervicaux sont pris aussi, mais à un faible degré, et ils forment de chaque côté un cordon noueux peu apparent; ceux de la région sous-maxillaire, surtout à gauche, ont acquis un volume énorme, ce qui donne à la physionomie un aspect tout particulier. La percussion du thorax, ainsi que l'auscultation, permettent de constater la parfaite intégrité de la respiration.

Les deux amygdales sont volumineuses et font, dans l'isthme du gosier, une saillie très-notable. Il est bon de rappeler qu'il y a vingt-cinq ans, le malade dut les faire extirper, par suite du développement excessif qu'elles avaient acquis.

L'exploration minutieuse de la rate et du foie ne donne aucun résultat; enfin la vue est bonne et toutes les fonctions s'exécutent avec une régularité parfaite. L'examen microscopique du sang, pratiqué deux fois à huit jours d'intervalle, ne révèle aucune particularité.

Prescription : deux bains sulfureux par semaine, quatre cuillerées à bouche par jour de la solution suivante : eau, 500 grammes; iodure de potassium, 20 grammes.

Ce malade revient à la consultation tous les huit jours. Au bout de deux mois (2 mai), aucun changement ne s'est manifesté dans son état : ses tumeurs n'ont pas diminué, mais sa santé générale est toujours aussi bonne, et il continue de vaquer à ses occupations, qui ne laissent pas que d'être fatigantes.

Dans l'observation qui précède, nous voyons la rate conserver son volume normal, malgré le développement considérable des ganglions des diverses régions du corps. Mais ce n'est là qu'une exception, et la plupart du temps la rate s'hypertrophie. C'est ainsi que parmi les trois faits de Cossy, deux fois la rate était énorme, et qu'elle l'était également dans ceux de Hallé, Leudet, Trousseau, Hérard, Grisolle, Trélat, Lannelongue, le nôtre et d'autres encore.

En résumé, l'augmentation du volume de la rate constitue un très-bon signe, et il ne faut jamais omettre d'en faire l'examen, pas plus que celui des amygdales et des autres organes lymphoïdes, sans préjudice, bien entendu, de l'analyse microscopique du sang et des autres signes cliniques, tirés de l'état général de la constitution et de la marche de la maladie.

Ce qui nous intéresse en effet avant tout, c'est d'arriver au diagnostic exact, sans quoi il serait impossible d'appliquer une thérapeutique rationnelle. Malheureusement, c'est là le point difficile à résoudre, ainsi que cela ressort de la discussion engagée ici même par nos savants collègues MM. Trélat et Verneuil, et à laquelle je cherche à contribuer pour ma faible part.

Quelles sont donc les affections qu'on pourrait aisément confondre avec le lymphadénome à marche envahissante?

Je ne parlerai pas de la leucémie ganglionnaire comparée à l'adé-

nie, puisque rien ne nous autorise, quant à présent, je l'ai déjà dit, à en faire deux entités morbides entièrement distinctes.

Le cancer encéphaloïde ou squirrheux *primitif* des ganglions a été jugé comme rare de tout temps, et cette rareté me paraît devoir augmenter depuis qu'on a appris à distinguer, grâce au microscope, le sarcome ganglionnaire du vrai cancer. On sait que ce dernier se caractérise par la présence de larges alvéoles remplies de cellules, et que des vaisseaux sanguins arrivent jusque dans la cavité même des alvéoles en question, ce qui n'a jamais lieu pour le sarcome ou l'adénome lymphatique.

En résumé, la rareté du cancer ganglionnaire primitif fera présumer qu'il s'agit bien plus d'un lymphome ou d'un sarcome, et ce sera déjà un premier point d'acquis pour le diagnostic.

Cette distinction n'aurait d'ailleurs de l'importance réelle qu'entre le cancer et le lymphadénome à marche relativement lente; car nous l'avons vu (exemple, l'observation première du nommé R...), il y a des lymphadénomes types qui se comportent cliniquement comme les plus mauvais des cancers, et il en est de même des lympho-sarcomes, témoin les observations de MM. Trélat et Lannelongue.

L'examen microscopique du tissu morbide, la connaissance de l'état du sang et de l'isthme de la rate serviront au diagnostic théorique, car, au point de vue pratique, il ne faut pas plus opérer un lymphadéno-sarcome malin qu'un cancer véritable. On me demandera à quoi nous reconnaîtrons le plus ou moins de malignité, et partant l'inopérabilité d'un lymphadénome.

Je répondrai comme pour toutes les autres tumeurs, à savoir : à la rapidité de la marche, à l'envahissement d'un ou de plusieurs systèmes, au retentissement viscéral, à l'altération du sang et à l'amaigrissement qui en résulte. Nous ajoutons qu'il suffit d'une de ces conditions, comme l'augmentation des globules blancs du sang, ou l'hypertrophie de la rate, ou seulement un développement ganglionnaire multiple sur différentes parties du corps, pour ne pas opérer. A plus forte raison, nous n'opérons pas s'il y a eu déjà récidive, ainsi que cela découle des faits cités par MM. Trélat et Lannelongue.

Dans les conditions inverses, et si la tumeur, même très-volumineuse, ne tend ni à se généraliser, ni à altérer la constitution, ni à modifier la composition du sang, il est permis d'opérer, témoin la tumeur fibro-plastique ganglionnaire d'un volume prodi-

gieux opérée avec succès par MM. Verneuil et Follin, et dont notre collègue nous a entretenus dans la dernière séance.

Ici se place naturellement la question des ganglions dits strumeux, occupant par paquets volumineux la région du cou, de l'aisselle ou de l'aine, et que les chirurgiens ont attaqués de tout temps avec plus ou moins de succès.

Quel rapport y a-t-il entre cet état des ganglions et le lymphadénome ? Serait-ce des adénomes ou des sarcomes bénins, ou bien une altération autre?

Ce qui est certain, c'est que ces masses peuvent se montrer chez les individus les plus vigoureux. Que, contrairement aux manifestations scrofuleuses proprement dites, cette altération se voit chez les jeunes gens et les adultes, et presque jamais chez les enfants; de sorte que le nom de *strume* n'y paraît guère justifié. Toutefois, c'est à des études microscopiques poursuivies que nous devrons un jour la détermination exacte des diverses lésions englobées sous le nom générique de ganglions strumeux, et cela à une époque où l'anatomie pathologique était dans son enfance.

Les ganglions dits tuberculeux ne seront presque jamais confondus avec le lymphadénome; l'âge des malades (enfance ou puberté); leur siége de prédilection au cou; leur origine presque toujours locale et dépendant de l'évolution et de l'altération des dents, de l'engorgement des amygdales, des éruptions impétigineuses ou autres, du cuir chevelu, de la face, du nez, de l'oreille; d'une blépharo-conjonctive, éruptive, granuleuse, phlycténulaire ou autres, si communes dans le jeune âge. Dans certains cas, comme chez les militaires, le col en cuir naguère usité dans les troupes, où tout autre agent d'irritation, provoque des adénites qui, la constitution aidant, se perpétuent et peuvent suppurer au aboutir à la transformation caséeuse.

Rien de pareil n'a lieu pour les ganglions hypertrophiques ou ceux devenus sarcomateux. C'est là, on le voit, un caractère distinctif important et qui permet d'espérer la résolution ou la disparition, après suppuration, des ganglions scrofuleux proprement dits, tandis que l'extirpation constitue le seul moyen rationnel dans le traitement des ganglions hypertrophiques.

Dans ces derniers temps, j'ai expérimenté les injections parenchymateuses d'iode ou de nitrate d'argent contre cette dernière affection, avec des résultats peu satisfaisants et dans les cas où j'ai réussi, je crois que j'ai eu affaire à des adénites scrofuleuses bien plus qu'à la véritable hypertrophie des ganglions.

Revenant aux lymphadénomes, je dirai en terminant :

Tant que la lésion paraît absolument localiséedans une seule région du corps, que la rate reste normale, ainsi queles autres parties du système lymphoïde et lymphatique, que le sang ne présente pas de globules blancs en excès; que la santé reste bonne et que l'on ne prévoit pas de trop grands dangers opératoires (blessure des gros troncs artériels-veineux et nerveux), il est permis d'opérer, tout en faisant des réserves pour la possibilité d'une récidive.

Dans les conditions opposées, sauf nécessité absolue (asphyxie, gène de la déglutition), ne pas opérer.

Reste le traitement médical qui, malheureusement, est resté jusqu'ici peu efficace. L'iodure de potassium n'a en particulier rien donné. L'huile de foie de morue à hautes doses vaut peut-être mieux, ainsi que le traitement prolongé par les eaux thermales chlorurées sodiques, de l'aveu de Trousseau, et d'après l'observation intéressante que nous citait M. Verneuil, dans la dernière séance. Reste seulement à savoir si, dans les cas où l'on a obtenu la guérison par la médication thermale, l'on avait affaire à des lymphadénomes, ou seulement à des ganglions strumeux. Le doute est d'autant plus permis ici, que le diagnostic exige, nous l'avons dit, une exploration minutieuse des diverses régions du corps occupées par les ganglions, des viscères thoraciques et abdominaux, des amygdales et même du sang, sans négliger au besoin l'examen histologique du tissu de la tumeur, lorsque la chose est possible.

M. GIRALDÈS. Faut-il opérer les tumeurs ganglionnaires? Telle est la question. Si l'histologie des lymphadénomes, telle qu'elle est faite dans le livre de M. Cornil et Ranvier, est bonne, il n'y a pas de données cliniques correspondantes capables de préciser le diagnostic, de sorte que, comme on dit en diplomatie, le protocole est ouvert.

Le lymphadénome, décrit par Sanderson, Cornil et Ranvier, n'est pas entièrement nouveau, Hawkins, Bright, connaissaient déjà ce qui est signalé aujourd'hui dans les lymphadénomes généralisés. Ils connaissaient les altérations de la rate et des reins. Mais il ne nous est parvenu aucune donnée clinique sur ces faits. V. Mott a enlevé des tumeurs ganglionnaires du cou, mais il ne savait pas ce qu'il enlevait; les examens microscopiques n'étaient pas faits comme à notre époque. Il faut faire table rase aujourd'hui et étudier à nouveau les lymphatiques.

M. Trélat croit qu'il y aurait un élément de diagnostic dans l'âge des malades et dans le fait de l'unicité de la tumeur. Ce signe

n'offre rien d'absolu ; il y a chez les enfants des engorgements multiples des ganglions, avec généralisation et dépôts secondaires dans la rate. Les *Transactions philosophiques* de Londres, pour 1870, renferment des exemples de ce genre. Dans un travail de Wilks, il est question de faits semblables, j'ajoute toutefois qu'ils manquent de précision. Les lymphadénomes observés par Cornil et Ranvier existaient chez les enfants. Que le lymphadénome soit carcinomateux ou qu'il ne le soit pas, la marche de la généralisation peut être très-rapide.

Le cancer, chez les enfants, a en effet une marche extrêmement rapide. Dernièrement, j'ai vu un enfant qui avait une tumeur des deux testicules, simulant des testicules tuberculeux. Des accidents généraux survinrent très-rapidement; l'enfant est mort. Il avait des tumeurs ganglionnaires partout; il y avait du cancer à la base du nez, dans la gorge, dans le cœur, les os en contenaient, les testicules étaient sarcomateux. Dans ce cas, on le voit, le sarcome testiculaire avait marché avec la rapidité du lymphadénome.

L'âge ne saurait être invoqué comme un élément de diagnostic. Voyons si l'unicité ou la multiplicité des tumeurs a plus de valeur. L'anatomie pathologique apprend qu'avec des adénies uniques ou multiples, on a trouvé des lésions dans la rate et dans les reins. Ce fait seul est des plus significatifs; la leucémie peut-elle servir à reléguer certains engorgements dans l'adénie simple? Les examens du sang ne donne pas toujours des résultats absolument certains.

En résumé, le diagnostic précis de la lésion est difficile, pour ne pas dire impossible. Aussi, en présence d'une tumeur d'un ganglion que l'on croit devoir opérer, je pense que le seul moyen pratique serait de faire une ponction avec l'instrument explorateur, qui enlève une minime portion de la tumeur, et permet de faire un examen microscopique suivant la méthode de Hirtz, de Strasbourg. Je ne vois que ce moyen jusqu'ici. Plus tard, sans doute, maintenant que la question est posée, on trouvera dans la clinique quelques documents capables d'éclairer la question, et de donner une solution au problème que nous sommes obligés de nous poser.

M. VERNEUIL propose de nommer une commission qui centralisera, pendant les vacances, les faits connus de lymphadémones, et fera un rapport pour nos mémoires.

M. TRÉLAT Je m'étonne d'entendre dire que les lymphosarcomes sont bien connus, car j'avoue que l'histologie ne nous montre pas la démarcation nette qui existe entre les tumeurs leucémiques et

les lymphosarcomes. Il y a de grandes variétés dans ces tumeurs. J'ajoute que l'histologie normale de l'appareil lymphoïde est à peine connu. L'histologie et la clinique ont également à faire pour catégoriser ces tumeurs. L'histoire des tumeurs ganglionnaires est très-obscure.

Ce qu'il y a de particulier dans ces lymphadénomes, c'est ce qui a été observé par les médecins de notre temps : une généralisation extrêmement rapide, plus rapide même que celle du cancer, et je dois ici rappeler que dans mon observation, ce n'était pas seulement le ganglion qui était pris, il y avait des lymphadénomes dans l'épaisseur de la peau, c'est-à-dire une hétéradénie véritable et hétéroplasie. On a trouvé du tissu lymphoïde dans les vertèbres (obs. de M. Lannelongue), dans les côtes (obs. de M. Virchow).

Certes, il y a des cas où le mal est cancéreux, témoin le cancer sarcomateux primitif des ganglions, qui a été opéré par M. Verneuil, comme il y a du sarcome ganglionnaire à la suite d'un sarcome dans le voisinage. Mais à côté de ce mal, il y a une hypertrophie spéciale des ganglions, un lymphosarcome qui est un mode de transformation spécial du ganglion et qui a la marche du sarcome, avec une tendance à la généralisation rapide. Voilà le point culminant de la question.

M. Giraldès me fait établir que l'unicité des tumeurs, au début, est un symptôme qui a de la valeur; je n'ai pas été aussi loin, j'ai dit que l'on pouvait se demander si l'on ne trouverait point là un caractère distinctif. M. Giraldès a aussi cherché à établir que l'âge des sujets ne pouvait être un signe distinctif; il y a certainement des cas de lymphosarcome chez les jeunes sujets, chez les enfants. Vunderlich en a cité des cas, mais dans les observations modernes, l'âge adulte et le sexe masculin ont été plus souvent atteints de lymphosarcome que les jeunes sujets et les femmes.

Je le répète, nous, chirurgiens, nous sommes exposés à voir des tumeurs rares qui ne sont ni de la leucémie, ni de la scrofule, et qui siégent dans les ganglions. Après une période hypertrophique, la tumeur ganglionnaire est terminée par une généralisation et une cachexie précoce. J'ai dit qu'il fallait se garder de toucher à ces tumeurs, car lorsqu'on les voit, d'après ce que mon expérience m'a appris, elles ont déjà près d'un an d'âge, et à cette époque les généralisations cachées existent déjà. Ces lésions appellent des recherches, des travaux nouveaux, et il faut trouver les moyens de reconnaître la généralisation du mal par l'exploration des organes ; les recherches doivent donc, à mon sens, porter sur ce point.

Avant de terminer, je désire insister sur un point; les altérations de la rate, dans le cas des tumeurs dont nous parlons, offrent un aspect caractéristique. Ce n'est point l'hypertrophie paludéenne, l'augmentation de la boue splénique. Dans la rate leucémique, le tissu de cet organe est rouge et consistant, dans nos observations, la rate est remplie de tissu lymphoïde, et celui-ci se dépose à la face interne de la capsule de la rate ; c'est quelque chose comme un dépôt métastatique.

M. GIRALDÈS. En 1832, Hawkins a parlé d'hypertrophie de la rate, qu'il considère comme le fait de la généralisation d'une tumeur ganglionnaire. Il parle d'hypertrophie, d'éléments folliculaires dans l'épaisseur de la rate, et cette maladie avait été appelée, en Angleterre, maladie de Hawkins. Bright a dit à peu près la même chose. Wilks et Sanderson ont étudié la question anatomo-pathologique; c'est la partie clinique de la question qui reste à éclaircir. La médecine opératoire seule était visée par les auteurs qui ont parlé de ces tumeurs.

M. LE PRÉSIDENT. La proposition de M. Verneuil tendant à ce qu'une commission soit chargée de centraliser les faits de tumeurs qui sont l'objet de la discussion est-elle approuvée?

(La proposition est adoptée).

M. LE PRÉSIDENT. La commission alors sera composée de MM. Verneuil, Giraldès, Panas, Trélat, Lannelongue, rapporteur.

COMMUNICATION

Luxation ancienne de la cuisse. — M. LEDENTU lit une observation de luxation de la cuisse, variété iliaque, réduite par la traction élastique un mois après l'accident (commissaires, MM. Verneuil, Guérin, Le Fort).

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Décollement des épiphyses, du radius et du cubitus. — M. LEDENTU montre une pièce sur laquelle on voit une disjonction des épiphyses du radius et du cubitus sur un sujet de 19 ans. Il n'y a qu'une fracture excessivement petite (commission déjà nommée).

Résection ancienne du coude. Autopsie. — M. OLLIER montre une pièce. C'est un coude sur lequel a été pratiquée une résection du coude par le procédé sous-périosté.

Démonstration, par l'autopsie, du mode de reconstitution de l'articulation du coude, par M. Ollier.

Dans les séances des 2 et 10 avril dernier, et plus récemment encore, à l'occasion du rapport de M. Paulet, sur l'observation de M. Jasseron (d'Oran), la Société s'est occupée du mode de reconstitution de l'articulation du coude après les résections sous-périostées. Je crois utile de revenir sur cette question, et comme les relations d'autopsie de résections anciennes sont encore très-rares, j'ai apporté une pièce de ma collection pour faire apprécier le degré réel de la régénération osseuse chez l'homme. C'est une des pièces dont j'ai parlé dans la séance du 2 avril, et qui se trouve signalée dans ma communication à l'Académie des sciences faite en août 1870.

Mais auparavant, il me paraît important de rappeler les faits principaux qui résultent de mes expériences sur les animaux. J'ai constaté qu'en conservant la totalité de la gaine périostéo-capsulaire, on obtenait une articulation de même type physiologique que l'articulation enlevée. Pour le coude, j'ai obtenu une véritable ginglime reconstituée entre les extrémités osseuses de nouvelle formation. J'ai fait dessiner, dans le tome 1er de mon *Traité expérimental et clinique de la regénération des os*, un coude remarquable par la forme des parties reproduites. On voit, du côté de l'humérus, deux tubérosités distinctes séparées par une rainure intercondylienne très bien délimitée. Du côté du cubitus, un olécrâne de nouvelle formation, plus courbe qu'à l'état normal, embrasse l'humérus et assure la solidité de l'articulation.

Entre ces extrémités osseuses de nouvelle formation, il se forme peu à peu une véritable cavité articulaire. On observe d'abord un tissu conjonctif lâche, sans cavité distincte. Bientôt on trouve ce tissu irrégulièrement cloisonné ; il s'épaissit en certains points, de manière à figurer des sortes de menisques intra articulaires. A la longue, les cloisons s'effacent, les petites cavités se réunissent, et il se forme une cavité articulaire unique ou imparfaitement cloisonnée, avec ou sans menisques, contenant une synovie plus ou moins appréciable.

Ce n'est qu'à la longue et par l'exercice du membre que cette cavité se délimite et que les surfaces en contact prennent leur configuration définitive. Les pressions réciproques des os jouent un rôle important dans cette configuration, et, pour le coude, c'est la

pression de l'olécrâne tournant autour de l'humérus qui me paraît délimiter la rainure inter-condylienne entre les deux tubérosités, résultat de l'ossification du périoste de l'extrémité renflée de l'humérus.

Pendant que ces changements s'accomplissent, la surface articulaire des tubérosités nouvelles s'égalise, se polit et prend même l'aspect cartilagineux, mais sans en avoir la structure. On ne trouve pas de cavités cartilagineuses ou, du moins, on en trouve très peu dans ce tissu chondroïde. D'autres fois, ces surfaces articulaires paraissent éburnées.

Ces tubérosités nouvelles sont unies à la périphérie, au cubitus et au radius par des trousseaux ligamenteux très-forts, résultat de l'épaisseur de la capsule et des ligaments conservés. On trouve généralement deux ligaments latéraux très-épais. Quant aux muscles, ils s'insèrent dans leurs rapports normaux, quand on a eu soin de ne pas les couper pour pratiquer la résection, et ils agissent efficacement et régulièrement sur les os qu'ils doivent mouvoir.

La pièce que j'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation de la Société est trop récente pour démontrer les modifications tardives que subit l'articulation; mais elle démontre d'une manière très-évidente deux points très-importants : la régénération des tubérosités humérales et de l'olécrâne, et de plus une véritable articulation ginglimoïdale entre les extrémités osseuses de nouvelle formation.

Cette articulation est très-solide latéralement et très-mobile dans le sens antéro-postérieur. Sa configuration est différente cependant de celle du coude normal. Elle ressemble plutôt à une articulation tibio-tarsienne qu'à un coude. Les tubérosités nouvelles ressemblent à des malléoles; elles constituent une mortaise qui relie solidement le radius et le cubitus.

Description de la pièce anatomique.

Cette pièce provient d'un jeune homme de 21 ans, Léon P.., opéré en septembre 1868, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, et mort de phthisie huit mois après.

Quatre mois après l'opération, il paraissait devoir guérir complétement. Une fistule persistait encore, mais il n'y avait plus de douleurs, et le malade exécutait des mouvements de flexion et d'extension. Le sujet est mort dans un tel état de marasme, qu'on dis-

tinguait, sous la peau, les principaux détails de la configuration extérieure des extrémités osseuses reproduites.

L'articulation, disséquée et conservée dans l'alcool, telle que je la présente à la Société, présente la configuration suivante : l'humérus se termine par deux tubérosités complétement de nouvelle formation, constituées par un tissu osseux, lisse à l'extérieur, et ne présentant des aspérités que vers la pointe libre, là où elles se continuent avec les trousseaux ligamenteux qui forment les ligaments latéraux de la nouvelle articulation. Quoique ne présentant pas ces ostéophytes en pointe, ou aiguille, qui caractérisent souvent les formations osseuses nouvelles, la surface des tubérosités nouvelles n'est pas aussi lisse que l'os normal. Elle a un aspect finement grenu qui se continue plus ou moins loin, sur la diaphyse, et qui empêche de préciser exactement le point où finit l'os nouveau et où commence l'os ancien. Ce n'est que par la coupe de l'os qu'on pourrait faire cette répartition exacte; mais, en ne tenant compte que de la partie renflée latéralement, aplatie d'avant en arrière, et qui est évidemment de nouvelle formation, on voit qu'il s'est reformé, de chaque côté, une tubérosité ayant 4 centimètres de la base au sommet. En divergeant, ces deux tubérosités délimitent un espace destiné à loger le cubitus et le radius. La ligne des surfaces articulaires est donc concave au lieu d'être convexe, dans son ensemble comme à l'état normal. C'est, on le voit, une articulation tibio-tarsienne plutôt qu'un coude normal. Il n'y a pas de surfaces articulaires encore distinctes ; le processus est trop peu avancé pour cela. Les surfaces osseuses sont recouvertes par un tissu cellulo-fibreux en certains points, par un tissu encore granuleux dans d'autres, car l'articulation suppurait encore.

Du côté du cubitus, on constate un olécrâne de nouvelle formation, de 1 centimètre d'épaisseur et de 3 centimètres de hauteur. Il est facile d'apprécier sa hauteur, car sa direction n'est pas celle du cubitus comme dans l'état normal; il est incliné en dedans. Il donne insertion au tendon du triceps épaissi et très-solidement implanté. Un noyau osseux, indépendant, s'est encore développé dans la substance propre du tendon. Le radius, renflé au niveau de la surface de section, se termine par un col surmonté d'une petite tête de nouvelle formation.

Ces portions osseuses de nouvelle formation s'emboîtent parfaitement et jouissent des mouvements de flexion et d'extension, dans le sens des mouvements physiologiques ; l'avant-bras ne flotte pas; il est retenu par les tubérosités humérales d'une part et l'o-

lécrâne de l'autre. Toutes ces parties sont maintenues par des ligaments solides.

Si nous considérons l'articulation en arrière, nous voyons un sillon creusé dans la tubérosité interne de l'humérus, qui loge et protége le nerf cubital. Quant aux muscles qui environnent l'articulation, et qui, normalement, s'insèrent sur les extrémités retranchées, on les retrouve tous, dans leurs rapports normaux, autour de l'articulation nouvelle.

Quoique le sujet soit mort avant la reconstitution complète de l'articulation, ce fait a une valeur démonstrative sur laquelle j'insiste d'autant plus que les faits de ce genre sont très-rares. Joint à l'autre fait que j'ai publié en 1870, aux observations de Doutrelepont et de Jasseron, et à un autre fait d'autopsie après trois mois que je dois à mon collègue M. Gayet, il achève la démonstration des propositions chirurgicales que j'ai avancées d'après mes expériences sur les animaux.

Et puis, messieurs, pour faire apprécier l'importance de ce fait, il me suffira de le comparer à ce qu'on obtient par la méthode ancienne, quand on a enlevé périoste et capsule. Des expériences comparatives que j'ai faites en même temps que celles que j'ai citées plus haut relativement aux résections sous-périostées m'ont montré qu'on avait alors toujours une articulation flottante, sans reproduction aucune des parties enlevées ; au bout de plusieurs mois, les surfaces de section étaient presque aussi lisses qu'au moment de l'opération.

Les résultats que m'a fournis la méthode sous-capsulo-périostée sur ceux de mes opérés qui sont complétement guéris, sont sans doute bien plus parfaits, mais je n'ai pas eu encore l'occasion de faire l'autopsie de cas de cette catégorie.

A défaut de l'autopsie, on peut cependant se rendre compte sur le vivant de la disposition de l'articulation nouvelle. En arrière surtout, grâce à la position superficielle des condyles et de l'olécrâne, on peut délimiter la forme et les rapports des parties reproduites. On distingue alors des tubérosités épaisses, saillantes latéralement, ou se prolongeant en bas de manière à embrasser plus ou moins le cubitus et le radius. On sent l'olecrâne plus ou moins recourbé, surmonté de quelques noyaux osseux indépendants, développés dans le tendon du biceps. L'extrémité inférieure de l'humérus paraît alors plus large que celle du côté sain. J'espère pouvoir réunir prochainement un certain nombre de sujets présentant nettement cette disposition de l'articulation nouvelle, et je serai heureux de

les soumettre à l'examen de ceux de nos collègues qui voudront bien, le mois prochain, se rendre au Congrès de Lyon.

M. TILLAUX. Je répéterai une objection que j'ai déjà produite. Je ne vois pas que l'articulation, très-bonne d'ailleurs qui existe sur cette pièce, puisse être dite une articulation reproduite. Je ne vois pas la trochlée normale, ni les surfaces articulaires.

M. OLLIER. Quand je dis que cette articulation est reconstituée sur son type primitif, je veux parler du type physiologique. Or, la pièce que vous avez sous les yeux représente un véritable gynglime, aussi solide, aussi serré que le gynglime normal, puisque les tubérosités humérales de nouvelle formation affectant la forme des malléoles, empêchent tout déplacement du radius et du cubitus dans le sens latéral. Quant à la forme de la *surface articulaire* de l'humérus, c'est-à-dire de la surface qui est libre dans la cavité articulaire, elle n'a pas certainement la configuration de l'extrémité inférieure de l'humérus à l'état normal. Cette configuration n'existe jamais et ne peut pas exister primitivement, par une raison très-simple : c'est que la portion de l'humérus recouverte du cartilage ne peut pas être reproduite par le périoste. Le périoste ne peut reproduire que ce qu'il recouvre. Ce n'est que tardivement, par le jeu de l'articulation et par la pression du cubitus, qu'il aurait pu se former une rainure intercondylienne ou une apparence de trochlée ; mais, je le répète, le malade n'était pas guéri, et au moment de la mort son bras, redevenu douloureux, ne fonctionnait plus depuis trois mois. Plus tard, il se serait probablement formé des surfaces plus régulières et des moyens de glissement plus parfaits.

Mais ce qu'on voit très-nettement dès aujourd'hui, c'est une *articulation solide, formée entre les masses osseuses reproduites,* les tubérosités humérales et l'olécrâne. Cette articulation très-solide latéralement, très-mobile dans le sens antéro-postérieur, constitue un véritable gynglime. Elle est maintenue par des ligaments épais et solides, et elle est entourée des muscles qui s'insèrent dans leurs rapports normaux. C'est la démonstration des diverses propositions que j'ai avancées.

M. LE PRÉSIDENT annonce que la Société entre en vacances, et se proroge jusqu'au mercredi 2 octobre.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 2 OCTOBRE 1871.

Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les numéros parus depuis le 15 août jusqu'à ce jour des publications suivantes : La *Gazette des Hôpitaux*; — L'*Union médicale*; — La *Gazette hebdomadaire*; — Le *Bulletin de thérapeutique*; — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*; — Les *Archives générales de médecine*; — Le *Lyon médical*; — Le *Bordeaux médical*; — Le *Marseille médical*; — Le *Bulletin médical du nord de la France*; — Le *Montpellier médical*; — La *Revue médicale de Toulouse*; — Le *Compte rendu de la Société de médecine de Nancy*; — Le n° 24 de *l'Indépendente de Turin*; — Le *Journal d'ophthalmologie*; — La *Gazette obstetricale de Paris*.

M. LETENNEUR, membre correspondant à Nantes, adresse les mémoires suivants : 3e, 4e et 5e *observations d'ovariotomie*.— M. Letenneur a obtenu quatre succès. — *Quatre observations d'anévrysme*. — *Déchirure centrale du périnée pendant l'accouchement*. — *Deux cas curieux de fracture du crâne*.

M. LUIGI MAGGIORE PERNI (de Palerme) adresse une thèse de concours sur la *thoracentèse*.

M. VAN HOLSBECK adresse une brochure intitulée : *Souvenirs de la guerre franco-allemande*.

La Société a reçu, en outre, le tome VIIIe, 1re série, année 1871, des *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*. — Les *Mémoires et bulletins de la Société de médecine de Bordeaux*, année 1870. — La *Statistique médicale de l'armée pendant l'année* 1869.

M. BONNIER, de Guitres (Gironde), envoie pour le prix Laborie un travail manuscrit intitulé : *D'un nouveau genre de suture pour l'intestin*. L'auteur joint à ce mémoire le modèle de ses instruments pour la suture.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Résection sous-périostée. — M. VERNEUIL. Quelle que soit l'idée que l'on puisse se faire de la valeur théorique de la conservation du périoste dans les résections, et de la méthode de M. Ollier, je dois dire que, venant de Lyon, où j'ai assisté au Congrès médical, j'ai vu les opérés de M. Ollier, et qu'il nous a montré un grand nombre de cas de résections. Je ne sais pas si le périoste a reproduit exactement l'articulation, mais ce que j'affirme, c'est que l'état des mouvements et la force de l'articulation nouvelle étaient excellents. Les résultats cliniques des procédés de M. Ollier sont supérieurs aux résultats connus des procédés anciens.

M. TRÉLAT. J'ai été aussi au congrès de Lyon, comme notre collègue M. Verneuil; les résultats obtenus par les procédés de M. Ollier m'ont paru supérieurs à ceux que je connaissais et à ceux qu'a publiés le chirurgien assistant de Billroth. Il y avait chez les opérés qu'on nous a présentés une articulation solide, qui permettait des mouvements étendus et réguliers.

M. CHASSAIGNAC. Je suis satisfait de connaître les opinions de nos deux collègues, mais pour établir la supériorité des résultats d'une méthode nouvelle sur ceux des méthodes anciennes, il faudrait comparer les premiers avec les résultats de la pratique de tous les chirurgiens. Il faudrait alors une comparaison d'un nombre égal de faits. Aussi je n'accepte pas la proposition de M. Verneuil, à savoir que les résultats obtenus par M. Ollier sont supérieurs à tous ceux qui ont été obtenus avant ce chirurgien.

Je me hâte d'ajouter que je ne mêle pas ici à mes observations la question des origines des résections sous-périostées. Cependant je ne puis m'empêcher de faire remarquer qu'il y a des cas où la conservation du périoste est mauvaise, car cette membrane malade produira des os friables et peu solides, sans profit pour le rétablissement des mouvements de l'articulation.

M. VERNEUIL. C'est une constatation de fait. J'ai vu les résultats anciens et je les ai comparés aux nouveaux; les procédés anciens donnaient des membres détestables, où il y avait peu de mouvements. Maintenant que le procédé de M. Ollier a fait ses preuves, c'est aux partisans d'autres procédés à faire les leurs.

M. LEFORT. Les résultats des procédés de M. Ollier sont très-bons. Je conviens que dans les observations anciennes on a obtenu des résultats avantageux de l'ancienne méthode; mais c'était là des cas perdus.

Ce qui m'a frappé dans les résultats des procédés anciens, c'est que le coude nouveau avait des mouvements de latéralité très-prononcés; l'avant-bras avait l'air d'un fléau.

C'est aux travaux de M. Ollier qu'on doit d'obtenir de meilleurs résultats dans les résections; il a appris la manière de ménager les insertions musculaires.

M. CHASSAIGNAC. Mais il ne faut pas intervertir les rôles, c'est aux partisans de la méthode nouvelle à faire leurs preuves. Il faut opposer aux résultats publiés par Textor et Jœger des résultats meilleurs. On ne peut pas dire que les résultats qui ont été vus à Lyon soient supérieurs à tout ce qui a été fait.

M. VERNEUIL. Nous dirons supérieurs à ce que nous avons vu. La manière de pratiquer la résection de M. Ollier est supérieure à celle des autres chirurgiens français.

M. CHASSAIGNAC. Je fournirai des preuves qui établiront que cette supériorité n'est pas aussi réelle qu'on le dit.

M. TRÉLAT. Notre impression n'a pas le caractère d'une démonstration scientifique, mais d'une impression de trois chirurgiens. Nous dirons pour la résection du coude, comme pour l'opération de la cataracte, les nouvelles méthodes donnent de meilleurs résultats que les anciennes. Certes, il faudrait, pour juger, réunir tous les faits se rapportant à l'une et à l'autre méthodes. Ce travail se fera certainement, et il a été déjà commencé dans la thèse de M. Painetvin.

M. GIRALDÈS. Pour arriver à un résultat complet, il faudrait que l'on indiquât dans les observations quel était l'état du membre malade au moment de la résection; mais les observations n'ont pas été prises à ce point de vue.

Avant d'établir la supériorité du procédé employé, il faudrait catégoriser les faits et dire quelle était la lésion de l'articulation qui a nécessité la résection. Nous sommes autorisé à faire cette réserve, car nous voyons les résections du coude et du genou par le même procédé donner des résultats différents dans des mains différentes.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Abcès du cerveau, suite de fracture du crâne. — M. POLLAILLON présente une observation relative à ce sujet. (M. Dubreuil, rapporteur.)

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1872.

Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette médicale de Strasbourg*; — le *Bordeaux médical*; — la *Gazette obstétricale*; — l'*Art dentaire*; — le 5e volume des *Transactions de la Société de clinique de Londres*.

M. SISTACH, membre correspondant, fait hommage à la Société de deux mémoires intitulés : *Examen clinique de diverses luxations traumatiques*. — *Du traitement de la rupture du ligament rotulien par l'élévation et l'immobilité du membre inférieur sur un plan incliné.*

M. GIRALDÈS offre à la Société le *Catalogue descriptif des calculs et autres concrétions animales contenus dans le musée du Collége royal des chirurgiens de Londres*; — le *Catalogue descriptif des spécimens dermatologiques contenus dans le même musée*; — le *Discours Huntérien pour* 1871, *prononcé par sir W. Fergusson.*

M. LARREY offre à la Société les tomes 71 et 72 des *Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences.*

M. PRESTAT, membre correspondant, assiste à la séance.

LECTURE

Reproduction des os par le périoste. — M. PRESTAT (de Pontoise), membre correspondant, lit l'observation suivante :

On m'amena le 16 juin 1872, vers dix heures du soir, un enfant de 13 ans, Louis F..., qui, vers les six heures, voulant dénicher un nid, avait perdu l'équilibre et était tombé d'une hauteur d'environ 12 mètres.

Toute la vitesse de la chute s'était épuisée sur l'avant-bras droit, qui s'était fracturé à sa partie inférieure. Le radius s'était séparé de

son épiphyse inférieure et avait déchiré la peau en écartant les tendons fléchisseurs des doigts et faisait une saillie de 2 centimètres sur la face antérieure du poignet. Le cubitus était fracturé au-dessus de l'apophyse styloïde. Après avoir agrandi en T la plaie de l'avant-bras, je réduisis facilement la fracture et je reçus l'enfant à l'Hôtel-Dieu de Pontoise, pour l'avoir sous la main et pouvoir lui donner des soins plus assidus.

Pendant quatre semaines, je renouvelais les pansements matin et soir et je surveillais avec soin l'extrémité inférieure du radius, y cherchant des phénomènes de vitalité que j'espérais voir se développer sur cet os, bien que depuis l'accident il fût dépouillé de son périoste. Je pensais que les vaisseaux intérieurs, vu le jeune âge de mon blessé, pourraient suffire à entretenir la vie. A ce moment, bien convaincu que le radius était nécrosé dans sa partie inférieure et n'était plus qu'un obstacle à la guérison, craignant, d'autre part, de voir le périoste perdre, par la suppuration, sa vertu régénératrice du tissu osseux, je résolus de réséquer toute la portion séparée du périoste.

L'opération fut très-simple. Une incision parallèle à l'axe de l'avant-bras mit complétement à nu la partie nécrosée; une scie à chaîne, portée jusqu'au cul-de-sac formé par le périoste, retrancha 3 centimètres et demi de l'os, sans qu'aucun vaisseau important fût ouvert.

Pendant dix jours, j'employai encore le bandage roulé avec les attelles. Au bout de ce temps, je mis un appareil avec le silicate de potasse; une fenêtre pratiquée devant la plaie permettait le pansement, et le 28 juillet, je renvoyais l'enfant dans sa famille avec une plaie sans importance.

Ce ne fut que dans les premiers jours de septembre, cinq semaines après la résection, que j'enlevai l'appareil, et je trouvai le radius reproduit. Les mouvements de supination, de flexion et d'extension de la main étaient entiers. Seulement les deux phalangettes des doigts médius et annulaire sont pliées sur la seconde phalange sous un angle de vingt-cinq degrés, suite de la contracture du fléchisseur superficiel ou d'adhérence de ses tendons à la cicatrice. En outre, ces deux doigts ont perdu la sensibilité tactile.

Le résultat serait parfait si, comme il arrive dans le cas de régénération des os, le nouvel os n'était pas plus petit que l'ancien. Il en résulte que la main se trouve portée sur le bord radial, au lieu de prolonger l'axe de l'avant-bras, et que le fragment du cubitus formé par l'apophyse styloïde s'est coudé à angle aigu. Toute re-

grettable que soit cette légère déformation, elle n'apporte pas une difficulté manifeste aux mouvements et ne gêne pas les fonctions du membre.

COMMUNICATION

Ponction capillaire évacuatrice dans les épanchements sanguins articulaires. — M. DUBRUEIL communique le fait suivant :

Il y a huit jours environ, un malade entra dans mon service, à l'hôpital Baujon, avec une fracture transversale de la rotule. L'articulation était distendue par un épanchement considérable qui écartait les fragments et causait au malade de vives douleurs. Désirant le soulager, je songeai à vider la synoviale à l'aide de l'appareil de Dieulafoy. Une première ponction fut faite sur le côté interne de la rotule avec le trocart moyen et ne donna issue à rien du tout. Je retirai l'instrument et ponctionnai en dehors de la rotule. Cette ponction fut tout aussi inutile que la précédente. Pas une goutte de liquide ne fut évacuée.

Les piqûres furent immédiatement couvertes avec de la baudruche collodionée; le membre inférieur fut placé dans une gouttière, et le genou recouvert d'un large cataplasme.

Ce malade n'a rien présenté de particulier jusqu'à hier; mais hier matin, quand je m'approchai de son lit, il se hâta de me dire qu'il souffrait horriblement du genou ; il avait une fièvre intense. Je retirai la baudruche qui recouvrait les piqûres, et je trouvai celle du côté interne cicatrisée; mais la piqûre externe était béante, et, sous l'influence d'une légère pression exercée sur l'articulation, elle laissa écouler une quantité considérable de liquide sanguinolent.

Trente sangsues ont été appliquées sur le genou, un purgatif salin a été administré; mais ce matin, malgré ce traitement, j'ai pu constater que du véritable pus s'échappait par la piqûre.

L'intervention chirurgicale me paraît ici avoir déterminé l'arthrite, et dorénavant je m'abstiendrai, en pareille occurrence, de toute ponction articulaire.

M. CHASSAIGNAC. M. Dubrueil montre une entière bonne foi dont je lui fais tous mes compliments, et ne mérite aucun reproche. Il a fait usage d'une méthode employée, et on lui doit des félicitations pour avoir publié un fait malheureux au lieu de le passer sous silence, comme le font tant d'inventeurs de procédés nouveaux. Oui,

les ponctions des articulations peuvent être mortelles, il faut qu'on le sache. J'avoue que je crois nécessaire de s'élever contre l'abus des ponctions capillaires évacuatrices dans les épanchements de toute nature. M. Laboulbène n'a-t-il pas présenté à l'Académie, il y a peu de temps, un cas où il avait pratiqué les ponctions évacuatrices pour une arthrite blennorrhagique?

Ces ponctions abusives se répandent partout. On les emploie, même dans les affections qui sont du ressort de la médecine. Il faut nous élever ici contre la pratique des ponctions dans les grandes articulations. Les cavités où il n'y a pas de suppuration ne doivent pas être soumises à ces ponctions, même lorsqu'il y aurait l'excuse de s'en servir pour le diagnostic; car, dans le fait observé par M. Dubrueil, il n'est rien sorti par la canule.

Les ponctions ne sont pas innocentes lorsqu'on les pratique contre des épanchements séreux. En effet, on voit souvent, après trois ou quatre ponctions évacuatrices qui ont donné issue à du liquide séreux, le chirurgien retirer du pus. Ceci pouvait être prévu à l'avance. Ne savons-nous pas que les ponctions simples dans des kystes hydatiques du foie étaient jadis un moyen de provoquer la suppuration de ces kystes?

M. DESPRÉS. Notre collègue, M. Dubrueil, était autorisé à pratiquer l'opération qu'il a tentée, car Jarjavay avait proposé et mis à exécution les ponctions des hémo-hydarthroses du genou avec la lancette, en imitation des ponctions de la tunique vaginale dans l'orchite aiguë instituées par Velpeau. Mais les opérations qu'a faites Jarjavay et celle qu'a pratiquée M. Dubrueil sont passibles d'une critique générale. Elles sont en opposition avec les préceptes que nous avons reçus et que la plupart des chirurgiens mettent aujourd'hui en pratique. Les épanchements sanguins ne doivent pas être ouverts ni évacués.

Mais si l'on admet ce principe dans toute sa rigueur, on ne doit pas partager la réprobation montrée pour les ponctions des articulations dont la séreuse est malade. Je n'ai fait que deux fois des ponctions dans l'articulation du genou, et je l'ai fait avec sécurité. Une malade atteinte d'hydarthrose chronique, suite d'un ancien rhumatisme articulaire resté fixé au genou, et qui avait résisté aux moyens de traitement ordinaires, a été soumise, à deux reprises, à une injection iodée. La malade a guéri et a conservé les mouvements de son articulation; elle est restée infirmière à l'hôpital de Lourcine. Un autre malade, à l'hôpital Cochin, atteint d'hydarthrose chronique avec épaississement de la synoviale du genou,

a été traité de la même façon, cette fois avec la seringue de Dieulafoy; deux ponctions et injections ont été faites. Le malade est sorti de l'hôpital amélioré et se servant de son membre. Il restait encore un peu de gonflement. Ces faits m'ont convaincu que les articulations supportent mieux qu'on ne pense les ponctions et les injections.

M. VERNEUIL. Il serait bon de mettre un frein à la manie des ponctions dans les articulations. A quoi servent des ponctions qui sont loin d'être innocentes, si l'on a de bonnes méthodes de traitement capables de guérir, et qui n'offrent aucun danger? Les douleurs des hydarthroses ne résistent pas à une bonne position du membre.

J'ai vu un malade atteint d'hydarthrose, auquel une ponction avait été faite; il y avait eu du soulagement; l'épanchement et la douleur s'étaient reproduits, j'ai mis le membre dans un appareil ouaté, et la guérison est survenue. Ces exemples sont communs. Aussi je m'élève contre la pratique des ponctions dans les hydarthroses aiguës.

M. GUYON. Je crois aussi à la puissance de l'immobilisation contre les hydarthroses, et puisque ce point de thérapeutique est soulevé, je parlerai d'un mode de traitement dont j'ai retiré des avantages pour les cas semblables à celui qu'a traité M. Dubrueil. Chez un malade qui avait une fracture de la rotule, avec épanchement dans l'article, j'ai eu la tentation de faire la ponction capillaire, mais je me suis arrêté et j'ai appliqué un vésicatoire. J'ai obtenu la résolution de l'épanchement.

M. TRÉLAT. Je partage entièrement l'avis de M. Desprès; oui, nous avons été élevés avec le précepte qu'il ne fallait pas ouvrir les épanchements sanguins, et j'ai vérifié moi-même ce précepte, ce qui a redoublé la valeur de mes convictions.

Il ne faut pas confondre les épanchements sanguins récents, les hydarthroses aiguës, avec les épanchements anciens; si la compression est bonne pour les hydarthroses aiguës, les épanchements anciens peuvent être traités par les ponctions.

M. MARJOLIN. On a abusé des ponctions évacuatrices en les appliquant aux épanchements sanguins. Les anciens chirurgiens ont dit qu'il ne fallait pas les ouvrir, et pour le céphalématome, en particulier, Danyau disait : « N'y touchez pas, quelle que soit la finesse du trocart. »

Je ne partage pas l'avis de M. Chassaignac sur le danger de la suppuration des kystes hydatiques après la ponction. J'ai fait des ponctions de ce genre et je n'ai pas eu d'accidents.

M. LARREY. Je m'associe à tous nos collègues pour dire que M. Dubrueil n'a aucun reproche à se faire. J'ajoute que je tiens pour très-dangereuse la ponction d'une articulation, et je dois dire que, dans aucun cas, je ne l'ai faite.

Je me joins à ceux de nos collègues qui disent qu'il ne faut pas toucher aux épanchements sanguins.

Je voudrais que la Société formulât une proposition destinée à réprimer cette tendance que l'on a à introduire les procédés chirurgicaux dans la médecine, car il est curieux de remarquer que plus les chirurgiens deviennent conservateurs, plus les médecins multiplient dans leur domaine les procédés chirurgicaux.

M. DUBRUEIL. Je répondrai à MM. Trélat et Desprès que je partage entièrement leur avis sur la nécessité de ne point toucher aux épanchements sanguins, et que c'est précisément parce que je croyais à l'innocence des ponctions capillaires que j'ai songé à les employer.

M. LE FORT. Les accidents d'arthrite survenus chez le malade de M. Dubrueil, ne sont pas dus d'une façon certaine à la ponction. M. Dubrueil ne doit pas trop s'accuser, car une fracture de la rotule avec épanchement de sang considérable dans l'article est une chose très grave.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Tumeur fibreuse de l'utérus simulant son renversement. — M. LÉON LE FORT. La pièce anatomique que je vous présente offre, comme intérêt, son volume et son siége exceptionnels et quelques particularités intéressant le diagnostic. Le 30 septembre, entrait dans mon service à Lariboisière une femme de 40 ans, extrêmement anémiée, au point de faire redouter une mort prochaine. Cette anémie ne pouvait être attribuée qu'à des métrorrhagies fréquentes survenues depuis deux ans. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, elle vit sortir de la vulve une tumeur d'abord petite, mais dont le volume augmenta rapidement, et dont la sortie était accélérée par les efforts d'expulsion qu'amenait sa présence. Le lendemain, l'hémorrhagie devint subitement considérable, et subitement aussi la malade accoucha en quelque sorte, mais sans efforts et sans douleurs, de la tumeur volumineuse pour laquelle elle vint réclamer nos soins.

Cette tumeur pyriforme a le volume d'une tête de fœtus à terme ; sa base est un peu aplatie d'avant en arrière, allongée transversa-

lement. Le pédicule, de la grosseur du poignet, se perd dans le vagin. Sa surface, noire par places, grisâtre dans d'autres points, paraît en voie de mortification; du côté du pédicule, au contraire, elle est rosée, extrêmement vasculaire, et présente l'aspect d'une muqueuse dont les vaisseaux seraient variqueux.

Tout d'abord, je songe à un polype de l'utérus spontanément expulsé; mais en pratiquant le toucher, je constate des particularités très-insolites. Le doigt, mené le long du pédicule, arrive au cul-de-sac vaginal, aussi bien en avant qu'en arrière, sans rencontrer aucune saillie, aucune dépression, aucune bride qui puisse faire croire à la présence du col utérin.

Assez incertain sur le parti à prendre, je pris l'avis de mon collègue M. Verneuil. Sa première impression fut qu'il s'agissait d'un polype utérin; mais le toucher lui fit également abandonner ce diagnostic, et nous crûmes tous deux qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse volumineuse implantée sur le fond et sur la face péritonéale de l'utérus, tumeur ayant peu à peu invaginé le fond de l'organe dans son col, et qu'en dernier lieu, le col lui-même, au moment de l'accouchement de cette tumeur, s'était invaginé. Cette hypothèse pouvait seule expliquer les phénomènes observés.

Nous pensions donc que l'enveloppe extérieure de la tumeur était formée par du tissu utérin entourant une volumineuse tumeur fibreuse, et que le pédicule était formé par le col utérin retourné et coiffé d'une faible partie de la muqueuse vaginale. Une incision faite à la base libre de la tumeur ne donna issue qu'à un peu de sérosité; cette partie était en voie de mortification.

Il nous parut utile, en raison de l'état grave de la malade, de la débarrasser d'une tumeur dont le poids, par les tiraillements qu'il exerçait, paraissait la cause des vomissements incessants qui s'étaient montrés depuis deux jours, et de la débarrasser aussi d'un foyer d'infection, en retranchant ce qui paraissait se sphacéler. Le lendemain, avec l'aide de M. Verneuil, je fis au galvano-cautère une incision circulaire sur le pédicule; comme il s'écoulait cependant du sang (ressemblant à de la sérosité sanguinolente), et que l'état de la malade rendait grave la moindre hémorrhagie, j'appliquai sur ce pédicule, un peu au-dessus de l'incision, une chaîne d'écraseur faisant l'office d'une ligature en masse. Toute hémorrhagie cessa. J'incisai alors verticalement ce tissu en partie sphacélé qui, dans nos prévisions, devait être du tissu utérin entourant la tumeur fibreuse, et en effet, après avoir incisé une couche mince d'une sorte de tissu aréolaire, nous trouvâmes une sorte de cavité dans

laquelle on pouvait promener le doigt autour d'une volumineuse tumeur, laquelle incisée à son tour, était évidemment une tumeur fibreuse. Notre diagnostic nous parut dès lors pleinement justifié. J'appliquai près de la chaîne de l'écraseur une forte ligature, et j'excisai la tumeur.

Après l'opération, les vomissements cessèrent. La malade étant très-faible, je lui fis donner chaque jour une demi-bouteille de champagne; mais après trente-six heures de mieux apparent, elle alla en s'affaiblissant, et mourut dans la nuit du deuxième jour.

A l'autopsie, que je fis moi-même avec le plus grand soin, je comptais trouver la confirmation de notre diagnostic, mais après avoir ouvert le ventre, je constatai que l'utérus avec son volume normal, ayant pu remonter, grâce à l'enlèvement de la tumeur, se trouvait à sa place ordinaire.

Rien d'anormal n'existait du côté du bassin. Je sciai le pubis, j'incisai la paroi antérieure du vagin, et je constatai que le pédicule se continuait sans aucune marque de démarcation avec la muqueuse vaginale. Aucune trace de col ne pouvait être constatée. J'incisai par le bassin le fond de l'utérus, j'introduisis une sonde cannelée que je vis, à la surprise de tous, sortir par une fente allongée, existant sur la face postérieure du pédicule, fente que même sur le cadavre et après l'ouverture du vagin, l'examen direct ne nous avait pas fait apercevoir, car elle ressemblait à un pli vertical, à une légère dépression linéaire du pédicule. Cette fente, mesurant 4 centimètres de longueur, n'était autre que l'ouverture du col utérin, et en résumé, cette tumeur est une tumeur fibreuse développée très-près de la face libre et sur la superficie du col; tumeur qui, en s'accroissant, a continué à se coiffer d'une certaine quantité de tissu du col, laquelle a subi une hypertrophie, faisant plus que compenser son extension. Le col s'est à son tour allongé, hypertrophié, de telle sorte qu'il ne faisait qu'un avec la tumeur, dont il constituait le pédicule; et, ce qui fait surtout l'intérêt de cette tumeur, c'est que sa configuration, son mode de développement, pourraient faire commettre à d'autres l'erreur de diagnostic, dans lequel un examen attentif a fait tomber M. Verneuil et moi, bien que notre impression première eût été que nous avions affaire à un polype.

M. TARNIER. Les tumeurs fibreuses développées dans une des lèvres du col ne sont pas très-fréquentes. J'ai vu un cas de ce genre.

Une femme présentait une tumeur qui emplissait le vagin. Je cherchai le pédicule et ne le trouvai point. L'examen au spéculum

ne me permit pas de trouver le col que je supposais dévié. Je pensai à enlever la tumeur, car il me paraissait bon d'agir, à cause des pertes qui affaiblissaient la malade. Je vis la malade avec M. Huguier, qui considéra ce fait comme rare et comme un exemple de corps fibreux du col, et il fut d'avis de ne pas opérer, parce que, disait-il, si l'on opère ces tumeurs avant qu'elles soient pédiculées, on s'expose à ouvrir le cul-de-sac péritonéal.

M. CHASSAIGNAC. Le toucher rectal a-t-il été pratiqué? Il fournit dans les cas de ce genre de précieux renseignements. Si l'on y joint l'introduction d'une sonde dans la vessie et qu'on la promène dans tous les sens, en même temps que l'on touche par le rectum, on peut constater l'absence ou la présence de l'utérus. C'est ainsi que j'ai reconnu l'absence de l'utérus chez une jeune fille qui, néanmoins, était hystérique.

Le danger d'ouvrir le péritoine lorsqu'on enlève une tumeur du col, n'existe pas pour l'opérateur qui observe les règles prescrites pour ce genre d'opération; si l'on circonscrit la tumeur en y passant, d'avant en arrière, un trocart courbe, autour duquel on jette une chaîne d'écrasement, on évitera de toucher le péritoine.

M. LE FORT. Je n'ai rien trouvé de précis par le toucher rectal. La tumeur que l'on voit sur cette pièce aurait pu me faire supposer que c'était le col, mais je ne pouvais arriver jusqu'au corps de l'utérus

M. CHASSAIGNAC. Je ne partage pas l'avis de M. Tarnier. Je crois que l'on peut opérer près du col, et si l'on n'enlève pas toute la tumeur, on peut en enlever une partie. M. Depaul a enlevé une hypertrophie du col avec l'écraseur, et j'ai enlevé des corps fibreux emplissant le bassin avec cet instrument.

J'ajoute qu'il n'est pas facultatif d'enlever ou de laisser des tumeurs semblables à celles dont il est ici question ; il ne faut pas laisser les malades s'affaiblir.

M. TARNIER. La palpation de l'abdomen et le toucher rectal permettent de trouver l'utérus, cela est incontesté. Mais chez les femmes très-grasses, il y a de très-grandes difficultés pour tirer profit de ces explorations. Une femme m'a été envoyée à la Maternité, elle avait une tumeur au museau de tanche; le toucher combiné avec le palper abdominal n'a pas permis de sentir le fond de l'utérus.

J'ai été surpris de voir M. Hugnier dire que les tumeurs fibreuses du col étaient rares. Je ne les crois pas très-fréquentes, mais je pense qu'il en a été déjà observé un bon nombre.

Quant à l'opportunité de l'opération, elle dépend du caractère

du chirurgien ; dans le cas que j'ai observé et pour lequel M. Hugnier était d'avis d'attendre, il n'y avait pas de pertes inquiétantes, et la crainte de toucher le péritoine en enlevant la tumeur me paraissait justifiée.

M. BLOT. J'ai été consulté pour un mariage à l'effet de savoir si une jeune fille avait un utérus. J'ai introduit une sonde dans la vessie, et j'ai exploré ainsi le bassin avec la plus grande facilité. Les résultats obtenus, combinés à ceux qui étaient fournis par le toucher rectal, m'ont permis d'affirmer qu'il n'y avait pas d'utérus.

Pour ce qui est des opérations, il ne faudrait pas être timoré à l'excès.

On doit opérer, même si les pertes ne sont pas abondantes, et ne pas attendre que les femmes soient affaiblies. Les petites hémorrhagies répétées sont plus redoutables que de grandes hémorrhagies éloignées.

M. LEFORT. On ne peut savoir, par le toucher rectal, ni où commence ni où finit l'utérus dans les cas pareils à celui dont j'entretiens mes collègues, puisque, à l'autopsie et *de visu* on ne peut pas préciser où se termine le col et où commence la tumeur fibreuse.

M. GUYON. Mais la tumeur n'est pas le col lui-même, et le tissu utérin qui l'environne n'est pas exceptionnel. C'est au contraire la règle que le tissu utérin entoure le fibrome.

M. TRÉLAT. Il y a beaucoup de confusion parce que l'on ne se décide pas à appeler les tumeurs fibreuses par leur véritable nom, celui de myome.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1872.

Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux;* — le *Bulletin général de thérapeutique;* la *Gazette hebdomadaire;* — l'*Union médicale;* — le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques;* — le *Bordeaux médical;* — le *Montpellier médical;* — le *Lyon médical;* — le *Bulletin médical du Nord de la France.*

M. LE FORT présente, de la part de M. Cheever, le *Premier Rapport médical et chirurgical* du *Boston city hospital.*

M. GIRAUD-TEULON présente, de la part de M. le docteur Monoyer, une brochure intitulée : *Epithelioma perlé ou margaritoïde de l'iris.*

M. GUÉNIOT, à propos de la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance, offre à la Société un mémoire qu'il a publié dans les *Archives de médecine*, 1868, et qui a pour titre : *De l'acupuncture considérée comme moyen de diagnostic différentiel entre certains polypes fibreux de la matrice et le renversement partiel de cet organe.*

Une lettre de remercîments de la Société médico-chirurgicale de Londres, à l'occasion de la réception de plusieurs mémoires des bulletins de la Société de chirurgie.

M. VERNEUIL présente, de la part de M. le docteur Folet, un travail intitulé : *Ponctions aspiratrices dans un cas de hernie cœcale étranglée* (renvoyé à une commission composée de MM. Tarnier, Panas et Verneuil).

A PROPOS DU PROCÈS VERBAL

Diagnostic des tumeurs fibreuses de l'utérus.— M. GUÉNIOT. Je pense que le diagnostic des tumeurs fibreuses de l'utérus peut être facilité par un mode d'exploration sur lequel j'ai appelé il y a

quelques années l'attention ; je veux parler de *l'acupuncture*, pratiquée sur la tumeur de nature douteuse. Par cette épreuve, que l'on peut exécuter à l'aide d'une épingle à insecte, on détermine aisément l'existence de deux caractères très-accusés dans les myomes jeunes et de petit volume : la *dureté* et *l'insensibilité*. S'il s'agissait, au contraire, de l'utérus renversé, on trouverait peu de résistance et la malade percevrait une certaine douleur. Ces deux caractères, dans les cas douteux, sont donc susceptibles d'éclairer le diagnostic ; et le moyen de le constater est à la fois trop facile et trop innocent pour être négligé.

M. LE FORT. Mon observation était destinée à montrer la difficulté du diagnostic entre le renversement de l'utérus et un corps fibreux. Dans l'un et l'autre cas, les signes indiqués par M. Guéniot eussent donné les mêmes résultats. Il en fut de même du toucher rectal, car on ne pouvait établir où commençait la matrice et où finissait la tumeur.

J'appelle l'attention sur ce fait que la tumeur était développée dans la lèvre postérieure du col, que l'orifice de celui-ci était allongé, et que si l'on n'est point prévenu de ce fait, il devient impossible de reconnaître le col.

M. CHASSAIGNAC. J'ai opéré un certain nombre de ces hypertrophies du col, et toujours le toucher rectal m'avait éclairé pour le diagnostic. Au moment où le doigt pénètre dans le rectum, il arrive dans une cavité, et s'il y a quelque chose du côté de l'utérus, on le sent avec la plus grande facilité.

M. DUBRUEIL donne des nouvelles du malade auquel il a fait une ponction de l'articulation. Ce malade va mieux ; on peut espérer qu'il guérira.

ÉLECTION

Commission pour l'examen des titres à la place de membre titulaire.

Sont élus : MM. Giraldès, Duplay, Tarnier.

LECTURE

Rétrécissements du rectum. Traitement par la rectotomie verticale. — M. VERNEUIL lit le travail suivant :

Tous les chirurgiens qui ont eu à lutter contre le rétrécissement de la partie inférieure du rectum savent combien le traitement en

est difficile et la cure incertaine. Ils savent aussi que cette affection est grave, qu'elle porte le trouble dans les fonctions digestives et amène à la longue un dépérissement considérable, qu'elle est enfin la source de douleurs incessantes et d'accidents divers qui empêchent les patients de se livrer au travail et parfois mettent la vie en péril.

Je ne m'occuperai point ici des causes et de la pathogénie encore contestée de ces rétrécissements. Je me contente de rappeler qu'ils sont de nature différente et peuvent être, au point de vue anatomique, rangés en trois groupes :

1° Induration plus ou moins étendue de la paroi rectale due à l'inflammation chronique ;

2° Anneaux cicatriciels plus ou moins épais, plus ou moins étroits constitués par des tissus fibreux;

3° Productions néoplasiques malignes : fibrome, épithélioma ou cancer le plus souvent développés dans la région anale.

Le pronostic de ces variétés est naturellement en rapport avec la structure ; mais, malgré les différences histologiques, un caractère commun rapproche tous ces cas, je veux parler de la diminution du calibre de l'intestin, entraînant la rétention stercorale, l'altération de la muqueuse au-dessus de l'obstacle et toutes les conséquences habituelles de ces états morbides secondaires.

Il faut y ajouter, surtout avec les rétrécissements inflammatoires ou cicatriciels, une complication très-fâcheuse, c'est-à-dire le développement de phlegmons péri-rectaux arrivant jusqu'au périnée et aux régions voisines et produisant des décollements, des clapiers, des fistules plus ou moins éloignées de la marge de l'anus. Aux troubles engendrés par le rétrécissement, viennent alors se joindre les suppurations profuses, interminables, épuisantes, avec menace continuelle de poussées inflammatoires nouvelles, de lymphangite, d'érysipèle, de phlegmons intra-pelviens, etc.

Certes la chirurgie n'est pas désarmée contre ces graves désordres. Cependant il faut avouer qu'elle reste trop souvent incapable de guérir et même de soulager. Aussi, lorsqu'on a seulement recours aux moyens actuellement en faveur, on éprouve bien des mécomptes, sans préjudice des revers inattendus, moins rares qu'on ne le pense.

Insuccès et revers sont dus, je crois, à ce qu'on se montre un peu trop timide dans l'emploi des procédés opératoires, et aussi à ce que ces procédés ont par eux-mêmes une gravité trop grande.

Les progrès de la médecine opératoire, surtout en ce qui touche la diurèse chirurgicale, nous permettraient cependant, ce me semble, tout à la fois d'être plus hardis que nos devanciers et d'exposer beaucoup moins les jours de nos malades. Telle est l'idée principale que je me propose de mettre en relief dans le présent travail.

Quelle que soit la nature du mal, l'indication à remplir est formelle. Il y a rétrécissement, obstacle, barrière, il faut rétablir largement la voie et rendre à l'extrémité de l'intestin un calibre normal.

En cas de cancer anal, on tente l'extirpation, rarement suivie, il faut en convenir, de guérison radicale, mais qui amène presque sûrement une amélioration considérable dans les souffrances.

Par malheur, cette extirpation est souvent impossible parce que le mal remonte trop haut et cesse d'être accessible. On a recours alors à divers expédients palliatifs : le brisement des végétations cancéreuses, le raclage circulaire, avec une espèce de cuiller à tranchant émoussé, sorte d'évidement du centre de la tumeur, qu'on dit très-efficace et dont je doute un peu, et que d'ailleurs je m'abstiens de juger, ne l'ayant jamais mis en usage.

Si l'obstruction est très-complète et les limites du mal trop élevées, on recourt à la colotomie inguinale ou lombaire par la méthode de Littre ou celle de Callisen, si vantée par Amussat, et à laquelle les chirurgiens anglais ont fréquemment recours.

Je ne suis pas opposé à cette opération qui, dans le seul cas où je l'ai pratiquée, m'a permis de prolonger de près d'un an la vie d'un jeune homme affecté de cancer colloïde du rectum. Mais je la crois assez difficile, assez dangereuse, et seulement indiquée dans un petit nombre de cas.

Pour les rétrécissements cicatriciels ou constitués par une induration chronique de l'intestin, nous avons aussi des moyens : la dilatation avec ses nombreux procédés, la divulsion brusque, la cautérisation destructive, et enfin les incisions uniques ou multiples, superficielles ou profondes.

Je ne crois pas trop m'avancer en affirmant que ces ressources sont très-insuffisantes et n'amènent la guérison que dans des cas fort peu graves en eux-mêmes. La cautérisation est abandonnée. Peut-être l'électrolyse la remplacera, mais la preuve est encore à faire. La divulsion pourra convenir, mais seulement en cas de rétrécissement valvulaire mince ou de contracture ancienne simulant un rétrécissement organique, comme j'en ai vu un fort bel exemple dans ma propre pratique.

J'ai employé avec avantage le dilatateur métallique à branches parallèles pour élargir rapidement des obstacles forts étroits, mais cet instrument ne fait que soulager. Il faut en répéter l'usage assez fréquemment, car l'ampliation produite n'est pas durable. Son application, faite même avec prudence et douceur, peut d'ailleurs être dangereuse. Chez une malade de l'hôpital Lariboisière affectée d'induration chronique et fort étendue du rectum, je fis, à quinze jours d'intervalle environ, cinq séances heureuses. La sixième provoqua une péritonite promptement mortelle.

J'ai, dans mes notes, un cas plus funeste encore. Il s'agissait d'une femme âgée et cachectique atteinte de rétrécissement cancéreux de la fin du rectum. Je pratiquai le toucher pour reconnaître le mal, et mon doigt s'étant engagé dans l'obstacle, j'en profitai pour le dilater un peu par la pression digitale. Dès le soir, des accidents survinrent qui, en quarante-huit heures, enlevèrent ma malade.

J'ai eu plusieurs fois recours à la dilatation temporaire et progressive avec de grosses bougies de cire de forme conique que les malades introduisent matin et soir et gardent une heure si la chose est possible.

On obtient ainsi des améliorations sensibles mais passagères, car aussitôt que la dilatation est suspendue, les accidents reparaissent. Ce procédé étant très-assujétissant, les malades y renoncent bientôt. D'ailleurs, il n'est guère possible d'aller loin, les bougies n'étant plus tolérées dès qu'elles dépassent un certain volume.

Les mèches de charpie enduites d'un corps gras sont mieux tolérées, mais doivent séjourner beaucoup plus longtemps. Leur introduction est d'ailleurs quelquefois difficile, si le rétrécissement est excentrique et son trajet tortueux. De plus, leur présence, à la manière de tous les corps étrangers, provoque souvent du ténesme, du malaise, des douleurs. Il faut y renoncer. La dilatation progressive rend quelques services; mais il ne m'a pas encore été donné de lui voir guérir radicalement un seul cas de rétrécissement tant soit peu étendu.

Deux de mes malades atteints de rétrécissements avec fistules anales, se sont appliqué la dilatation par les bougies coniques et les mèches avec une grande persévérance et un soin particulier. Au bout de quelques mois, le doigt pénétrait sans peine dans l'obstacle, mais la paroi rectale était toujours indurée et les fistules persistaient. L'un de ces malades me quitta; l'autre me demanda de l'opérer.

On a recommandé dans les rétrécissements du rectum, comme dans tous les autres rétrécissements des canaux muqueux, les incisions superficielles ou profondes portant directement sur le point rétréci. Je n'ai pas eu l'occasion d'y recourir. Sans doute, elles peuvent être efficaces dans les rétrécissements valvulaires de petite étendue et d'épaisseur minime; mais je ne vois pas ce qu'elles pourront faire dans ces indurations considérables qui transforment la paroi rectale en un canal cylindrique tortueux, étroit et inextensible. Si ces débridements intérieurs sont superficiels, ils seront sans grande utilité; s'ils sont profonds, de manière à intéresser toute la paroi indurée jusqu'aux tissus périphériques restés souples, ils pourront être efficaces, mais exposeront à des phlegmons graves et d'ailleurs nécessitant l'emploi simultané de la dilatation, ou l'interposition de corps étrangers, sous peine de voir bientôt se réunir les lèvres de l'incision, qui n'ont aucune tendance naturelle à s'écarter.

Toutes les difficultés qu'on rencontre dans le traitement des rétrécissements graves de l'urèthre se retrouvent à un haut degré dans la cure des rétrécissements compliqués de la partie inférieure de l'intestin, et il ne serait pas malaisé de faire ici à la dilatation et aux incisions les reproches qu'on adresse à l'emploi des sondes et à l'uréthrotomie interne.

J'ajouterai que la présence du sphincter anal contribue largement pour sa part à l'insuccès, à l'insuffisance et à l'intolérance des moyens curatifs annoncés plus haut.

Sous l'influence des douleurs, du ténesme, de l'inflammation de la muqueuse rectale, du contact irritant des matières qui baignent la muqueuse de l'anus, ce muscle est d'ordinaire contracturé et joue de son côté le rôle d'obstacle à l'issue libre des matières; souvent aussi il se révolte énergiquement contre l'action des corps dilatants.

Ce n'est pas en un jour ni en me basant sur un seul fait que je suis arrivé à douter de l'efficacité des moyens classiques; c'est à force d'échouer en les employant et de réussir, ou du moins d'obtenir des résultats beaucoup plus satisfaisants en adoptant d'autres procédés, que j'ai acquis la conviction que je vais vous faire connaître.

Mes premières recherches cliniques remontent à neuf ans. J'ai recueilli depuis cette époque dix observations, qui ont affermi ma manière de voir et m'ont prouvé que l'art avait quelques progrès à faire snr ce point.

Ces dix faits sont ainsi répartis:

4 rétrécissements avec fistules anales nombreuses.

1 rétrécissement avec une fistule ancienne et un phlegmon récent.

1 rétrécissement avec une fistule opérée deux fois sans succès.

1 rétrécissement simple à l'union de l'ampoule rectale et de la région anale. Traité depuis plus de quatre années sans succès.

3 cancers de l'extrémité inférieure du rectum.

J'ai suivi tous ces malades sans exception, de sorte qu'il m'a été possible de juger des résultats obtenus.

Ces faits diffèrent trop les uns des autres pour être confondus dans une description commune, il faut donc les distinguer en catégories et les étudier séparément.

1° *Rétrécissements de la partie inférieure du rectum compliqués de fistules anales.* — Dans tous les articles consacrés soit aux rétrécissements du rectum, soit à la fistule de l'anus, cette association est mentionnée, mais d'une façon sommaire et comme détail descriptif. Au chapitre du traitement, il n'est plus question ni de la combinaison ni des indications thérapeutiques qui en découlent.

A propos des rétrécissements, on énumère tous les moyens propres à vaincre l'obstacle, mais sans dire un mot des fistules. Quand il s'agit de ces dernières, on indique les diverses façons de les inciser ou de les cicatriser, on note bien les indurations, les callosités qui les accompagnent, mais on ne mentionne plus le rétrécissement qui en résulte, ni les moyens de rendre à l'intestin son calibre normal. De ce silence on pourrait conclure qu'il suffit de guérir le rétrécissement pour tarir les fistules et d'inciser celles-ci pour faire disparaître l'obstruction rectale. Or, rien n'est plus contraire à la vérité, car chacun des éléments de cette affection complexe doit être traité à part, sous peine de n'obtenir que des résultats nuls ou incomplets.

Et d'abord, l'association susdite est-elle fréquente ? Je ne le crois pas. Les fistules anales ordinaires sont très-communes. Les rétrécissements simples de la partie inférieure du rectum ne sont pas rares; quant aux rétrécissements compliqués de fistules, je n'en ai observé que six cas jusqu'à ce jour. Cette proportion, quoique minime, est assez considérable toutefois pour qu'il en soit tenu compte.

Trois fois j'ai vu les désordres extérieurs portés à un degré extrême. La marge de l'anus, les régions coccygienne, périnéale, fessière, étaient criblées d'orifices fistuleux, dont quelques-uns allaient s'ouvrir à 15 centimètres et plus de l'orifice anal.

Tous les téguments des régions susdites étaient tuméfiés, rouges, d'une dureté ligneuse et fort douloureux au toucher. La suppuration était le plus souvent très-abondante; de temps en temps se formaient de nouveaux abcès, constituant bientôt de nouvelles fistules. Ces sujets étaient épuisés par les douleurs et l'écoulement du pus; tout travail était impossible, la position assise insupportable.

Dans un quatrième cas, les fistules étaient nombreuses et plus rapprochées de l'anus, mais la rectite était intense et la sécrétion muco-purulente de l'intestin extrêmement abondante; d'où l'épuisement le plus prononcé.

Dans le cinquième et le sixième cas, les lésions externes étaient moins graves. Une femme avait une seule fistule déjà ancienne et un phlegmon tout récent, qui l'amenait précisément à l'hôpital.

Chez un jeune homme, une première fistule superficielle avait été opérée, mais elle ne s'était pas complétement guérie. Un trajet secondaire persistait. C'est en l'opérant que je constatai le rétrécissement, qui avait été jusqu'alors méconnu.

Chez tous les sujets, au moment où mes soins furent réclamés, la maladie remontait à plusieurs années.

Chez trois, on avait sans succès opéré une ou plusieurs fistules à la manière ordinaire, sans se préoccuper de la coarctation rectale.

En revanche, chez tous la section linéaire de l'obstacle faite après le débridement des fistules ou dans la même séance, a produit les meilleurs effets. Deux malades très-gravement atteints, opérés en 1863 et 1864, sont restés radicalement guéris.

Une malheureuse femme syphilitique, opérée en 1866 à Lariboisière, est revenue y mourir en 1870 de tuberculisation pulmonaire; mais elle ne souffrait plus de l'intestin. Une autre femme, arrivée presque mourante dans le même hôpital, en 1865, est sortie en bon état. Je l'aurais crue radicalement guérie, lorsqu'elle s'est représentée il y a quelques semaines dans mon cabinet; elle était grasse et fort bien portante en apparence; cependant depuis plus d'une année, elle supportait mal la position assise, et j'ai pu constater par le toucher que le rectum offrait encore un rétrécissement notable.

Les deux dernières opérations sont de date encore trop récente (un an, huit mois) pour que je puisse considérer la guérison comme assurée. Toutefois, chez tous deux, les fistules sont cicatrisées et les troubles imputables au rétrécissement ont disparu.

Le dernier surtout offre quelque intérêt. Les premières fistules remontaient à deux ou trois ans. Prussien d'origine, cet homme avait regagné l'Allemagne pendant la guerre. Un chirurgien d'outre-

Rhin avait incisé une fistule sous-cutanée. A partir de ce moment, l'état s'était singulièrement aggravé. Aussi les doctes praticiens et les chirurgiens de Munich, d'Aix-la-Chapelle et autres lieux, avaient nettement déclaré à cet individu qu'il était incurable, et que si on touchait à son mal il ne manquerait pas de mourir. Il revint, ou pour mieux dire se traîna jusqu'à Paris, où il arriva dans l'état le plus lamentable. Pâleur extrême, anémie profonde, bouffissure de la face, œdème cachectique des membres inférieurs, anorexie complète, poitrine douteuse, douleurs continuelles, impossibilité de se tenir autrement que couché sur l'une ou l'autre hanche. Tuméfaction énorme du scrotum et de tout le périnée, au moins dix trajets fistuleux versant des flots de pus fétide.

Mon confrère et ami le docteur Dufour me demanda conseil pour ce quasi-moribond. Nons reconnûmes un rétrécissement anal, admettant avec peine le bout de l'index, et perdu au milieu d'une œdématie énorme de tous les tissus péri-rectaux. Le stylet introduit par certaines fistules parvenait au-dessus des limites de la région indurée et rétrécie.

Nous eûmes pitié de ce malheureux, victime de l'ignorance de ses prétentieux compatriotes, qui se croient naturellement les premiers praticiens du monde et n'avaient pas su diagnostiquer une lésion des plus évidentes. — Nous fîmes l'opération avec un tel succès que, quatre mois plus tard, le Prussien ayant retrouvé sa santé et son embonpoint, reprenait ses occupations habituelles.

En présence des fistules multiples et rebelles de l'anus, il faut donc apporter une attention toute particulière à l'examen de la cavité rectale et chercher avec soin s'il existe oui ou non une coarctation. Les antécédents pourraient mettre sur la voie, si avant la formation des abcès et des trajets fistuleux, les fonctions digestives avaient été troublées ainsi que les évacuations stercorales.

Dans tous les cas, le diagnostic de l'obstacle n'offre pas de difficultés sérieuses, si on se donne la peine de le rechercher; il faut seulement être prévenu qu'en raison de l'induration et de la tuméfaction des parties molles de la marge de l'anus, le rétrécissement peut sembler beaucoup plus profond qu'il ne l'est en réalité. — Lorsque des opérations préparatoires faites à l'extérieur sur les trajets fistuleux sont entamées, et ont amené un dégorgement notable, on est surpris de voir que les limites de l'induration péri-rectale ne dépassent guère en haut le commencement de l'ampoule rectale, et qu'en réalité le rétrécissement est à trois ou quatre centimètres au plus de l'orifice de l'anus.

Pourrait-on confondre un rétrécissement véritable avec les callosités, les indurations qu'on signale autour des trajets fistuleux anciens ? Je ne le crois pas. En effet, ou ces callosités n'occupent qu'une partie circonscrite de la circonfércnec du rectum, et alors il n'est pas question de rétrécissement, parce que partout ailleurs la muqueuse a conservé sa souplesse et sa mollesse, ou elles entourent l'intestin et forment à une hauteur variable une virole indurée plus ou moins large ; alors elles constituent un véritable rétrécissement qui doit être traité comme s'il s'agissait d'une matrice, car il en entraîne toutes les conséquences fâcheuses.

Le pronostic est grave si l'art n'intervient pas à temps, et si on laisse le traitement incomplet. Plusieurs de nos malades, comme nous l'avons déjà dit, étaient dans l'état le plus misérable et auraient infailliblement succombé à l'épuisement si des mesures radicales n'avaient été prises ; cependant ils avaient été déjà traités et même opérés, mais d'une manière insuffisante.

Chez tous, la section du rectum largement pratiquée a produit des résultats rapides et que je sais être restés durables chez la plupart. La gravité du pronostic dépend donc beaucoup moins de la lésion elle-même que du retard apporté, soit par les patients, soit par les chirurgiens dans l'emploi des moyens nécessaires.

Je vais exposer maintenant les règles du traitement telles que l'expérience me les a fait progressivement connaître.

Il y a deux indications :

1° Inciser verticalement la paroi rectale de haut en bas, de manière à ce que la section comprenne la totalité de la virole indurée, ou en d'autres termes le rétrécissement dans toute son épaisseur et surtout dans toute sa hauteur, y compris même, si faire se peut, quelques millimètres de la paroi saine à la limite supérieure du rétrécissement.

2° Débrider tous les trajets fistuleux principaux et accessoires comme dans les cas ordinaires de fistule à l'anus.

Ces deux temps de l'opération peuvent être exécutés en une seule ou dans plusieurs séances, suivant la gravité du cas et l'étendue des désordres.

Quand la chose est possible, il est préférable de faire d'emblée la section du rétrécissement, parce que le soulagement du malade est plus prompt et que l'on met un terme immédiat aux accidents de rétention.

Cependant, si l'induration et le gonflement des parties molles du périnée étaient énormes, si par le fait le rétrécissement devenait

difficilement accessible, s'il était trop malaisé d'en atteindre les limites supérieures, on pourrait d'abord amener le dégorgement des parties molles en incisant les principales fistules superficielles et remettre la division de l'obstacle à l'époque où ce travail s'effectuerait moins laborieusement.

Une seule section verticale du rétrécissement est suffisante d'ordinaire, cependant dans un cas j'ai dû la répéter en avant après l'avoir pratiquée en arrière.

Le point sur lequel porte la section est déterminé le plus souvent par la situation et le trajet des fistules. On se laisse donc conduire par le stylet ou la sonde cannelée. Mais si ces instruments ne parviennent pas au-dessus de l'obstacle, ou, en d'autres termes, n'atteignent pas l'orifice interne de la fistule, s'ils débouchent dans l'intestin plus bas que la limite supérieure du rétrécissement, il ne faut point hésiter à faire un trajet artificiel qui viendra perforer la muqueuse saine au-delà de l'obstacle ; ce trajet se fera avec une forte sonde cannelée, ou avec un trocart courbe, ou avec une forte aiguille à manche, à pointe mousse et entraînant avec elle un gros fil passé dans son chas, fil que le doigt indicateur gauche ira chercher dans le rectum, dont un des chefs sera ramené par l'anus, tandis que l'autre sera entraîné dans le trajet fistuleux par le retraît de l'aiguille, et à l'aide duquel on fera passer la chaîne de l'écraseur. Cette partie de l'opération qui consiste à conduire la chaîne au-dessus de l'obstacle par une voie naturelle (trajet fistuleux) ou artificiellement creusée par un instrument, est parfois extrêmement laborieuse en raison de la hauteur du rétrécissement et de l'induration parfois extrême de la paroi rectale. Mais ces difficultés ne doivent pas détourner du but essentiel à atteindre : la section complète de l'obstacle.

En cas de fistules multiples et inégalement distantes de la marge de l'anus, il faut explorer successivement les divers trajets, et choisir pour conduire la chaîne celui qui est le plus direct, le moins distant de l'orifice, à la condition toutefois qu'il mène au-dessus de l'obstacle, condition *sine qua non* du succès de l'opération. Si son trajet rapproché de l'anus, débouchait trop bas dans la cavité rectale, il faudrait l'abandonner et en prendre un autre, fût-il à 5 ou 6 centimètres de l'orifice. Si deux trajets paraissent également favorables au passage de la chaîne, il faut choisir de préférence celui qui sera le plus rapproché de la ligne médiane-postérieure, les rapports du rectum en arrière étant beaucoup plus simples qu'en avant et sur les côtés.

Comme il faut avant tout assurer la facilité et l'innocuité de la rectotomie, si les indurations des parties latérales remontent trop haut et que le rétrécissement soit plus accessible, plus franchissable en arrière, je conseille de laisser de côté les trajets fistuleux et de faire la section médiane postérieure au lieu d'élection et en procédant comme je l'indiquerai plus loin.

Si le premier temps de l'opération n'a pas été trop long ni trop laborieux, on passe immédiatement à l'incision des fistules ou au moins d'une partie d'entre elles. La section du rétrécissement devant être pratiquée avec l'écraseur, ce qui demande un temps assez considérable, surtout quand la chaîne étreint une grande épaisseur de parties molles, rien n'empèche de placer en même temps plusieurs écraseurs qui agiront simultanément. Au reste il n'est pas indispensable de diviser avec la chaîne la totalité des trajets ; on réservera celle-ci pour les fistules qui pénètrent à une certaine profondeur ; les décollements, clapiers et sinuosités qui rampent sous la peau, peuvent être plus expéditivement incisés avec le bistouri, mais à la condition de toucher vigoureusement avec le fer rouge le fond et les bords des plaies en gouttière qui en résultent.

Pendant que j'ai le couteau à la main, je n'hésite point à le porter même sur la plaie faite par l'écraseur, mais là je me contente d'un attouchement léger. Cette addition de la cautérisation aux incisions est d'une grande utilité; depuis longtemps j'ai adopté sous ce rapport les idées et la pratique de Bonnet, de Lyon, qui dans les fistules urinaires et stercorales graves, cautérisait comme on le sait les plaies avec une grande énergie.

En associant de la sorte l'écraseur, le bistouri et le cautère actuel, on réalise plusieurs avantages. L'emploi de l'instrument tranchant pour les trajets superficiels souvent très-longs abrége notablement la durée totale de l'opération. La chaîne et le fer rouge économisent beaucoup le sang, condition précieuse si l'on opère des sujets épuisés. La cautérisation, outre qu'elle rend les plaies inaptes aux absorptions putrides, est sans contredit le résolutif le plus puissant des indurations et des callosités. La douleur qu'elle occasionne passe en quelques heures quand on a soin de toucher le moins possible à la peau saine interposée entre les plaies. Il n'est pas rare, par son emploi, de voir la fièvre manquer absolument, même après les débridements les plus larges et les plus profonds.

J'ai quelquefois éteint jusqu'à dix cautères dans ces vastes plaies sans y voir le moindre mouvement fébrile primitif ou consécutif.

On se ferait difficilement idée de l'aspect horrible que présente la

région après l'opération. La section verticale remonte quelquefois à 7 ou 8 centimètres de profondeur en y oomprenant le trajet intérieur de la fistule conductrice de la chaîne. Les fesses, le périnée, le scrotum sont sillonnés en tous sens par des brèches d'autant plus profondes que le tissu adipeux est plus abondant et qui restent béantes par l'action du fer rouge. Cependant tout cela se modifie, se dégorge, se déterge en quelques jours, et au bout de la semaine, on ne voit plus que des plaies vermeilles du plus bel aspect, dont la cicatrisation s'effectue de coutume avec une rapidité surprenante. Le pansement est des plus simples. Jamais de mèches dans le rectum. Tout au plus quelques plumasseaux de charpie sèche dans les sillons superficiels les plus creux. Des compresses imbibés d'eau fraîches sont posées à plat sur le périnée et maintenues par un bandage en T. A partir du deuxième jour, on fait, deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, des irrigations douces avec l'eau chlorurée alcoolisée ou phéniquée.

Je ne voudrais pas lasser votre patience par le récit détaillé de mes observations, je vous relaterai donc très-sommairement les faits qui servent de base à cette note.

Obs. I. — Une marchande de la halle, de 30 ans, robuste et d'une constitution superbe, me fut adressée par un de mes amis, le docteur Gustave Dupont ; elle souffrait de l'anus depuis plusieurs années. Moitié par pudeur, moitié par crainte d'une opération qu'on lui avait dit être indispensable, elle n'avait jamais voulu se faire examiner par un chirurgien. Cependant dans les premiers mois de 1863, des phlegmons nombreux et étendus s'étant succédé sans relâche, la position était devenue insupportable. La malade ne pouvant plus s'asseoir, était forcée de rester ou couchée ou debout, en proie à des douleurs continuelles. Nous constatâmes l'existence d'un nombre infini de fistules (au moins 20) sillonnant le périnée, les fesses, les plis génito-cruraux et la partie inférieure des grandes lèvres. A l'embonpoint encore considérable se joignait une tuméfaction énorme et une dureté ligneuse des parties malades. Je n'avais jamais vu encore pareil cas et ne soupçonnai point tout d'abord le rétrécissement, bien que le doigt eût la plus grande peine à pénétrer dans le rectum à la recherche des instruments explorateurs portés dans les fistules. Je ne songeais alors qu'aux classiques callosités.

Les fistules étaient si longues, les décollements si vastes et si profonds, bien que situés en réalité dans le tissu cellulaire sous-cutané,

que je ne débridai d'abord que la moitié droite des trajets; — un mois après j'opérai ceux du côté gauche. L'amélioration fut grande, mais la guérison n'était pas complète ; on voyait encore tout près de l'anus un trajet cheminant en dehors de la paroi rectale à plusieurs centimètres de profondeur ; de plus, les indurations profondes persistaient, et l'introduction du doigt était à peu près aussi difficile qu'auparavant ; à force de patience, je parvins à conduire un stylet dans le trajet et à le faire sortir dans le rectum à plus de cinq centimètres de l'anus. — En conséquence, dans une troisième séance, je fis passer une chaîne dans ce conduit et fis la section d'un tissu d'une extrême dureté. Cette fois la guérison s'acheva, et quatre mois après le commencement de la cure tout était cicatrisé ; depuis cette époque, les fonctions rectales se sont entièrement rétablies.

Obs. II. — L'année suivante, 1864, je pris à l'hôpital du Midi le service de mon ami Follin ; j'y trouvai un homme de lettres de 40 ans environ et qui en paraissait 50, tant sa constitution, primitivement des plus belles, était minée par de nombreuses maladies vénériennes et par des fistules anales multiples dont il souffrait depuis quatre ans au moins. La description donnée dans l'observation précédente aurait pu s'appliquer ici avec cette circonstance en plus que le scrotum avait triplé de volume, parcouru qu'il était par plusieurs trajets fistuleux.

Follin avait opéré déjà successivement un certain nombre de ces fistules; le malade était soulagé, mais non guéri, et conservait encore au moins une douzaine d'orifices suppurants. L'un d'eux me conduisit après plusieurs explorations au-dessus de la masse calleuse qui obstruait le rectum et dans laquelle je reconnus cette fois et d'emblée un retrécissement de très-longue date. Je parvins, après une séance des plus laborieuses, à introduire la chaîne de l'écraseur, après quoi je fis la section et en restai là pour ce jour. Les troubles de la rétention qui avaient persisté malgré les premières opérations cédèrent comme par enchantement.

Dans les mois qui survinrent, j'opérai en deux séances le reste des fistules.

A la fin de 1864, le malade avait repris son embonpoint et sa bonne mine. Tout était cicatrisé, et la défécation se faisait sans la moindre difficulté. La guérison est restée radicale. J'ai revu bien des fois depuis cet opéré, qui m'a affirmé qu'il était absolument débarrassé de toute trace de sa cruelle maladie.

Deux ans après, j'ai examiné la région. Les téguments avaient repris leur souplesse et les cicatrices, bien que fort apparentes, ne donnaient aucune idée des énormes débridements que nous avions pratiqués.

Ces deux cas, avec celui du Prussien dont j'ai déjà parlé, sont les plus graves que j'aie vus quant au nombre, à l'étendue et à la dissémination au loin des fistules.

Obs. III. — Chez ce dernier malade, j'ai attaqué d'emblée le rétrécissement et les fistules. Mais il a fallu néanmoins deux séances opératoires, séparées l'une de l'autre par un intervalle de six semaines; dans la première, j'ai sectionné le rectum, tout près de la ligne médiane en arrière, et aussitôt après, j'ai débridé tout le groupe des fistules postérieures; dans la seconde, j'ai sectionné une seconde fois le rétrécissement sur la ligne médiane en avant, et j'ai débridé le groupe fistuleux en avant, y compris un trajet qui traversait le scrotum de part en part, venant s'ouvrir à l'angle péno-scrotal.

Le fer rouge fut surtout appliqué avec une extrême énergie; il n'y eut pas le plus petit accident, et malgré la grande faiblesse où il se trouvait, le malade supporta très-bien ces cruelles opérations; à peine, malgré la double section du rectum, il y eut quelques jours d'incontinence. Nous fûmes plutôt dans la nécessité de combattre avec de grosses bougies et des mèches volumineuses une tendance marquée à la reproduction du rétrécissement. C'est qu'en effet l'induration périphérique du rectum était d'une telle épaisseur, que nous n'avions pas osé faire en dehors d'elle une voie artificielle capable de l'embrasser en entier. Nous nous étions contentés d'arriver au-dessus de l'obstacle par les trajets fistuleux, laissant, par conséquent, non divisée une zone assez prononcée de tissus fibreux pathologiques.

Obs. IV. — Quoique moins grave anatomiquement que les précédents, un quatrième cas avait amené le dernier degré de marasme. C'était une femme très-chétive, ancienne cliente de Lourcine, et qui était venue me retrouver à Lariboisière en 1865. Il n'y avait autour de l'anus que trois ou quatre fistules médiocrement distantes; le rétrécissement admettait aisément le bout du doigt, mais au-dessus de lui, la muqueuse était sans doute fort malade, car il y avait une diarrhée continuelle, très-abondante et renfermant une grande proportion de pus. Les fonctions digestives étaient anéanties, et chaque soir un accès fébrile dénotait l'hecticité la plus évidente.

Je n'ai pas présents à l'esprit les détails exacts de l'opération; tout ce que je sais, c'est que la division du rétrécissement et l'incision des fistules amenèrent un soulagement très-prompt et ne furent suivies d'aucun accident.

Néanmoins, la suppuration persista très-longtemps, ainsi que l'incontinence, mais la malade ne quitta le service qu'au bout de plusieurs mois ; c'est elle qui est revenue me trouver dans ces derniers temps, bien remise en apparence, mais avec un rétrécissement fort appréciable encore qui, depuis une année à peu près, recommence à la faire souffrir.

Obs. V. — Le cas suivant offre une particularité intéressante : c'est par le foyer d'un abcès que j'atteignis sans peine les limites supérieures du rétrécissement.

Une malade se présente à Lariboisière avec un phlegmon de la marge de l'anus, qui datait de quelques jours seulement. Il siégeait sur la fesse droite, au niveau de la fosse ischio-rectale, et se présentait tout d'abord avec les caractères ordinaires de l'abcès périanal profond.

Précisément en face, sur l'autre fesse, on remarquait une fistule de date ancienne.

La malade avait séjourné antérieurement à Lourcine pendant plusieurs mois pour un rétrécissement de la partie inférieure du rectum, qu'on avait traité en vain par la dilatation; c'était même à la suite d'une séance un peu longue que s'était développé le phlegmon qui avait donné naissance à la fistule.

L'introduction des mèches était fort pénible, paraît-il; aussi cette femme, pour s'y soustraire, avait quitté l'hôpital et vivait chez elle depuis un an , toujours souffrante et tourmentée par des coliques, du ténesme et autres accidents imputables au rétrécissement.

Ce dernier n'était ni très-élevé ni très-épais, mais en revanche, fort étroit et d'une consistance ligneuse et, de plus, très-douloureux au toucher.

L'indication de sa section était évidente, mais le stylet, porté dans la fistule ancienne, venait butter contre l'anneau fibreux et ne parvenait pas à le dépasser. Le phlegmon récent devant être incisé, je pensai que son foyer remontait assez haut et me conduirait au delà de l'obstacle. C'est ce qui eut lieu, en effet. Une incision perpendiculaire à l'orifice anal donna issue à un flot de pus. Je portai mon doigt dans la cavité purulente, et pus atteindre ainsi le point supérieur du décollement, qui répondait à la muqueuse saine sous-jacente

au rétrécissement. Je ne pus distinguer en ce point aucune perforation, mais j'en fis une à travers la paroi rectale amincie, et ayant passé une chaîne, je fis la section verticale du rectum aussi facilement et aussi complétement que possible.

Je plaçai une autre chaîne dans l'ancien trajet fistuleux, ou plutôt dans sa partie inférieure, et sans me préoccuper de ce côté d'atteindre l'orifice profond.

Cette opération, la plus facile peut-être de toutes celles que j'ai faites pour ces cas, fut couronnée d'un plein succès. La malade sortit au bout de deux mois, délivrée de ses souffrances. Elle est revenue mourir dans mon service de phthisie pulmonaire quatre années plus tard; mais je l'avais revue diverses fois avant l'invasion de cette dernière affection, notamment dix-huit mois après l'opération rectale; elle était bien portante, active et munie d'un embonpoint satifaisant. Quelque temps avant la mort, je pratiquai le toucher anal, pour m'assurer de l'état des parties. Le rétrécissement était encore facilement reconnaissable à un certain degré d'induration de la paroi rectale; mais il admettait sans peine deux doigts réunis, et dans tous les cas, ne déterminait aucun trouble appréciable dans la défécation.

Obs. VI. — La dernière observation est intéressante, surtout par la bénignité apparente du mal, parce que le rétrécissement resta longtemps méconnu, et enfin en raison des difficultés extrêmes que présenta la section de l'obstacle.

M. C..., 25 ans, assez grand, mais d'une constitution chétive, vint me consulter pour une affection de l'anus, dont il souffrait depuis plus de trois mois. L'année précédente, un abcès s'était formé, une fistule s'était établie. Quelques mois après, un chirurgien avait incisé cette fistule sans chloroformiser le malade, et probablement sans explorer complétement le rectum. J'émets cette assertion parce que le sujet, étant d'une rare pusillanimité, se déroba en poussant des cris lorsqu'à mon tour je cherchai à pratiquer le toucher.

L'opération n'avait amené aucun soulagement.

A mon examen, je constatai que les trois quarts externes de l'incision étaient cicatrisés, mais qu'au voisinage de l'orifice existait une petite plaie en forme de fissure, de quelques millimètres de large et d'un centimètre environ de longueur. De cette plaie partait un décollement de 5 centimètres, dirigé d'arrière en avant vers les

bourses, qui suppurait abondamment et devenait incessamment le siége de poussées inflammatoires très-douloureuses.

Je crus que ce trajet, qui, au dire du malade, existait déjà lors de la première opération, était la cause de la persistance du mal, et pris jour pour l'opérer.

L'opération eut lieu à la campagne, dans le premiers jours de mai 1871, avec le concours de M. le doctenr Merle, mon élève et mon ami. M. C... était dans un état moral fâcheux, et nous vîmes qu'il succomberait nécessairement. La chloroformisation fut extrêmement laborieuse et n'exigea guère moins de vingt-cinq minutes.

Je passai rapidement une chaîne dans le trajet sous-cutané mentionné plus haut; puis, ayant écarté les bords de la petite fissure qui se prolongeait en haut vers le rectum, j'y passai un stylet. Cet instrument s'engagea parallèlement à la paroi rectale, et en dehors d'elle, jusqu'à 3 centimètres de profondeur. Je voulus naturellement en suivre le trajet en introduisant l'index dans le rectum, mais je fus arrêté à 2 centimètres environ de la marge par un rétrécissement fort étroit et très-résistant.

Je parvins à le franchir en employant une certaine force, et pénétrai de la sorte dans l'ampoule rectale. Le rétrécissement était circulaire, haut de 15 millimètres en moyenne, et faisait une saillie de plus d'un centimètre dans la cavité rectale.

En vain je cherchai au-dessus de lui l'extrémité de la sonde. Malgré les diverses courbures imprimées à sa pointe, l'instrument paraissait plutôt s'écarter de l'axe du rectum à mesure que je le poussais plus profondément. A deux reprises, pendant ces explorations, le malade s'était réveillé, et il avait fallu recommencer les inhalations.

La séance durait depuis près de trois quarts d'heure. Mon seul aide et moi étions fatigués d'avoir eu à contenir les mouvements désordonnés du patient. J'en restai donc là pour cette fois, mais avec la conviction qu'il faudrait une nouvelle opération pour achever la cure.

La cicatrisation de la plaie superficielle marcha sans encombre, mais lentement ; la fissure anale, vestige de la première opération, persista sans changement, et si les poussées inflammatoires superficielles cessèrent, les symptômes du rétrécissement persistèrent, consistant en ténesme, alternatives de constipation et de diarrhée, troubles gastriques, etc.

En octobre 1871, je fis la dernière opération. Je retrouvai le ré-

trécissement dans l'état que j'ai indiqué plus haut, et ne fus pas plus heureux en essayant de conduire le stylet jusqu'au delà de l'obstacle. J'étais toujours arrêté à 3 centimètres environ, et il s'en manquait de plus de 15 millimètres que j'arrivasse à la partie saine du rectum. Je me décidai donc à faire un trajet artificiel. On ne saurait s'imaginer combien la chose fut difficile. Toutes les sondes cannelées pliaient. J'employai le poinçon du trocart courbe du côté mousse, mais il ne pouvait traverser les tissus indurés. Je ne pus frayer la route qu'avec des ciseaux courbes à extrémité mousse et fermés bien entendu, qui, poussés lentement, prudemment, mais avec force, finirent par traverser le massif fibreux, à faire enfin saillie sous la muqueuse et à perforer cette dernière sur la pulpe de l'index gauche tenu dans le rectum.

Difficultés nouvelles quand il fallut remplacer les ciseaux courbes par une sonde cannelée, puis glisser dans la rainure de celle-ci le stylet conducteur de la chaîne, et enfin ramener par l'anus l'extrémité recourbée de ce dernier instrument.

On n'aurait pas eu plus de peine à manœuvrer dans du bois, et plusieurs fois je crus qu'il y faudrait renoncer.

De même, une fois la chaîne fermée, je dus employer toute ma vigueur pour sectionner le tissu fibreux. Il fallut près de trois quarts d'heure pour terminer cette séance.

J'ai cru utile de signaler ces difficultés, qui ont atteint ici leur maximum, mais qui se sont retrouvées, bien qu'à un moindre degré, dans la plupart des autres faits. Il est bon de savoir que l'application de la chaîne, dans ces cas, n'est pas chose facile et qu'elle exige de la patience et souvent de la force.

Au reste, les suites furent d'une bénignité absolue ; des compresses d'eau fraîche constituent tout le pansement jusqu'à la détersion de la plaie. A partir du 6e jour, on commença à introduire des mèches, car une partie du rétrécissement avait été épargnée et l'on pouvait craindre une récidive.

Progressivement, les mèches acquirent jusqu'à 3 centimètres de diamètre et furent conservées toute la nuit.

La cicatrisation, comme la première fois, fut très-lente à obtenir. L'état général du malade en est cause. En effet, deux hémoptysies survinrent, annonçant une poussée tuberculeuse pour laquelle j'envoyai M. C... dans le Midi.

J'ai fait un dernier examen il y a trois mois environ. La suppuration a cessé, et la santé générale est satisfaisante ; les troubles intestinaux ont disparu. La paroi rectale a repris en partie sa souplesse, mais

une bride très-appréciable existe encore au niveau de l'obstacle. La défécation s'exécute sans difficulté.

Les résultats avantageux obtenus dans les cas précédents et l'extrême simplicité des suites après des opérations cependant fort sérieuses me donnèrent la hardiesse d'appliquer la rectotomie verticale à un cas relativement léger, mais qui, malgré sa bénignité, amenait des troubles inquiétants dans la santé générale et avait d'ailleurs résisté à des moyens nombreux et employés avec persévérance.

N'ayant pas de route pathologique tracée à l'avance, je fis d'emblée une voie artificielle dans les parties saines, en choisissant, à la périphérie du rectum, le point où ne se rencontre aucun organe essentiel, c'est-à-dire le raphé médian postérieur ou ligne étendue de la pointe du coccyx à la commissure anale.

C'est là que je place le lieu d'élection de la rectotomie linéaire quand on a le choix libre et qu'aucun trajet fistuleux ne sillonne la marge de l'anus.

Je rapporterai cette observation avec détail pour guider ceux qui voudraient combattre de cette manière les rétrécissements simples de la partie inférieure du rectum.

Obs. VII.—X..., 40 ans, d'une haute stature et d'une santé autrefois excellente, est domestique à Paris depuis quinze ans. Depuis 1867, il n'avait jamais été malade.

A cette époque, il eut à la verge une petite écorchure accompagnée de gonflement des ganglions inguinaux. L'écorchure guérit en quelques jours, les ganglions disparurent en trois semaines avec des emplâtres et quelques tisanes. Nul renseignement sur les accidents secondaires. Toutefois il y eut peu de temps après une petite gerçure à la marge de l'anus qui provoquait pendant la défécation une douleur assez vive.

Le malade se dit atteint, depuis ce moment, de rétrécissement véritable caractérisé par la déformation du bol fécal, qui est mince et comme passé à la filière, et par une grande difficulté pour aller à la selle.

En 1868, le rétrécissement fut constaté par un médecin qui reconnut, paraît-il, à l'extrémité du rectum, un anneau complet étroit et très-serré. Une opération fut faite, à l'aide de l'écraseur linéaire, à l'intérieur de la cavité rectale, puis on administra l'iodure de potassium à hautes doses.

Il n'y eut point d'amélioration durable. En 1871, dans un hôpital

de province, on fit avec le bistouri plusieurs incisions internes et on introduisit des mèches volumineuses avec persévérance. L'iodure de potassium fut encore prescrit.

Il y eut un soulagement passager. Le bol fécal augmenta de calibre et prit la forme d'un ruban large ; mais bientôt tous les malaises reparurent.

Le 4 mai 1872, X... entra dans mon service pour la première fois, et nous constatâmes l'état suivant : anus sain, point d'hémorrhoïdes ni de fissure. Le doigt, non sans provoquer une assez vive douleur, rencontre, dès l'entrée, le sphincter externe contracturé, mais cédant bientôt à la pression. A trois centimètres de profondeur environ, on est arrêté par une barrière épaisse et résistante située sur la paroi postérieure de la cavité rectale. Au contraire, en avant, on ne reconnaît aucun obstacle et on arrive sans peine dans l'ampoule. Il existe donc une sorte de valvule en forme de croissant ouvert en avant et qui sépare incomplétement la cavité anale de l'ampoule rectale. Au-dessus, existe une sorte de cul-de-sac assez profond en forme de nid de pigeon. Cette valvule est épaisse d'un centimètre environ, résistante, mais non indurée, et recouverte par la muqueuse à peu près saine. Elle fait, d'arrière en avant, une saillie d'au moins 15 à 20 millimètres.

Les symptômes sont les suivants : sensation douloureuse constante dans la région malade, douleurs plus vives en allant à la selle.

La constipation habituelle, dans les années précédentes, a fait place à une sorte de diarrhée provoquée par des besoins incessants de défécation. Il y a en moyenne dix selles par jour. Deux ou trois seulement renferment des matières fécales ; les autres sont muco-purulentes. X... évalue à quatre cuillerées environ la quantité de pus rendue quotidiennement.

Il y a perte des forces, amaigrissement considérable, impossibilité de faire un exercice tant soit peu énergique ou une marche quelque peu prolongée. Dyspepsie très-marquée ; sinon anorexie, au moins crainte de prendre des aliments, leur ingestion provoquant une envie presque subite d'aller à la selle. La miction est facile, mais chaque émission d'urine excite aussitôt le ténesme.

État moral très-mauvais ; découragement profond. X... se croit incurable. Il peut à peine travailler depuis cinq ans, et se voit, dans l'avenir, condamné à la misère.

Je prescris d'abord, un peu banalement, j'en conviens, le traitement antisyphilitique et l'introduction des mèches progressivement

croissantes. Il semble y avoir amélioration. Toujours est-il que la bride paraît s'effacer et surtout s'assouplir, mais nous sommes forcés de supprimer l'iodure de potassium, qui détermine de la gastralgie et une éruption acnéique très-incommode.

X... quitte le service après deux mois de séjour, un peu soulagé. Il revient au bout de dix jours à peine, plus désespéré que jamais, et me suppliant de tenter quelque moyen plus énergique, car tous les symptômes fâcheux ont reparu. Je retrouve, en effet, la bride plus épaisse et plus saillante que jamais, mais je constate en même temps une particularité qui, jusqu'alors, n'avait pas suffisamment fixé mon attention. Lorsque, après avoir franchi la valvule avec l'index, on appuie pendant deux ou trois minutes sur un bord libre, elle cède peu à peu, de sorte qu'en quatre ou cinq minutes on parvient presque à l'affaisser complétement. Mais le doigt retiré et la pression supprimée, elle reprend bientôt sa saillie ordinaire ; de plus, elle répond assez exactement au bord supérieur du sphincter vertical. J'arrive par là à modifier mon premier diagnostic et à interpréter différemment la nature du mal.

J'abandonne l'idée d'un rétrécissement ordinaire pour celle d'une contracture limitée des fibres circulaires les plus élevées du sphincter.

Le début du mal après une gerçure douloureuse de l'anus, la marche lente des améliorations obtenues par les débridements et l'emploi des incisions, le retour rapide des accidents suivant de près l'abandon des moyens mécaniques, tout concourt à justifier l'hypothèse.

J'essaye, par acquit de conscience, la belladone, l'extrait de ratanhia sans rien obtenir, et je me résous à agir chirurgicalement.

Trois moyens s'offraient à mon choix : la dilatation forcée, l'incision interne et enfin la section verticale du sphincter tout entier, y compris sa partie inférieure et les téguments de la marge de l'anus.

Je renonçai à la dilatation forcée parce que, la partie antérieure du rectum ayant conservé son extensibilité, je n'aurais pu trouver de point d'appui suffisant pour les instruments dilatants.

Les débridements internes avaient déjà échoué, sans doute parce qu'ils n'avaient pas été pratiqués assez profondément. Il aurait fallu inciser la valvule jusqu'à sa base inclusivement, c'est-à-dire diviser toute la paroi rectale jusqu'au tissu cellulaire lâche qui sépare en arrière l'intestin du coccyx. Une plaie de cette nature au-

rait pu devenir le point de départ d'un phlegmon stercoral dangereux,

Il me parut plus sûr de faire un débridement vertical largement ouvert en bas, et par lequel j'étais certain de n'épargner aucune fibre du sphincter.

Je procédai de la manière suivante : le malade étant endormi dans le décubitus latéral, j'introduisis dans le rectum l'indicateur gauche, dont la première phalange, fléchie à angle droit, dépassait et accrochait la valvule. Alors je plongeai un trocart à travers la peau, à 2 centimètres environ de la pointe du coccyx, sur la ligne médiane, et vins perforer le rectum sur la pointe de l'index, à quelques millimètres au-dessus du rétrécissement.

Le premier retiré, je glissai dans la canule une bougie fine remontant assez haut dans le rectum et que je fis ressortir par l'anus. La canule enlevée, cette bougie fut remplacée par une chaîne d'écraseur, exactement comme s'il s'agissait d'une fistule à l'anus ordinaire.

La section fut faite selon les règles et sans la moindre hémorrhagie. Je pus m'assurer, en explorant le trajet de la chaîne, que l'obstacle était entièrement divisé et remplacé par une brèche béante.

Je ne mis aucun corps étranger dans l'anus et prescrivis, pour tout traitement, des applications froides sur le périnée.

Les suites furent extrêmement simples; il n'y eut ni fièvre ni douleurs; le soulagement fut même très-marqué et très-rapide, car le ténesme et les douleurs continuelles de l'anus ayant cessé, l'opéré dormit la nuit suivante comme il ne l'avait pu faire depuis bien longtemps. Les dix ou douze évacuations des jours précédents furent remplacées par deux selles faciles et non douloureuses. N'ayant plus la crainte de ramener la douleur, le malade se remit à manger et à digérer; aussi, l'état général se modifia rapidement.

Il n'y eut pas d'autre incident qu'une attaque de cystite qui survint vers le huitième jour sans cause connue et céda en une semaine aux émollients, aux bains et aux boissons alcalines d'abord et balsamiques ensuite.

Trois semaines après l'opération, le malade demanda à sortir pour achever chez lui sa guérison. La plaie anale était réduite à une fissure d'un centimètre de profondeur et recouverte de belles granulations. La valvule était encore représentée dans la profondeur par deux mamelons latéraux, entre lesquels se continuait la

fissure en question. De sorte que le doigt pouvait suivre sans être arrêté la paroi postérieure du rectum. L'incontinence, qui n'avait existé que dans les premiers jours de l'opération, avait disparu. La suppuration n'était pas tarie, mais elle était réduite à de faibles proportions. En revanche, la sécrétion glaireuse de l'intestin avait cessé. Il y avait chaque jour une ou deux selles ordinaires.

Je reverrai certainement ce malade, qui est parti en me manifestant la plus sincère reconnaissance, et je pourrai m'assurer de la valeur réelle du procédé que j'ai mis en usage.

Jusqu'à plus ample informé, tout me porte à croire que la section verticale du rectum, pratiquée sur la ligne médiane et à l'aide de l'écraseur, constitue un moyen à la fois efficace, innocent et d'une exécution facile contre les rétrécissements spasmodiques ou fibreux de la partie inférieure du rectum, toutes les fois qu'ils ne sont pas situés à plus de 5 centimètres au-dessus de l'orifice anal. Sans doute pour les cas légers, on pourra tenter la dilatation et ses divers procédés; mais où l'insuccès de cette méthode sera avéré, il conviendra de recourir à la rectotomie linéaire, sans attendre que le malade soit épuisé, que les altérations de la partie sous-jacente de l'intestin soient trop avancées et que des complications fâcheuses nous amènent trop de dégâts dans la région malade.

J'ai véritablement regret de n'avoir pas mis en usage ce procédé si simple dans un cas de rétrécissement consécutif à l'extirpation d'un épithélioma de l'anus. J'ai imaginé et exécuté un procédé autoplastique assez compliqué ; un érysipèle est survenu, qui a enlevé rapidement mon opérée.

Je passe à la dernière catégorie de faits, c'est-à-dire aux rétrécissements cancéreux. Il ne s'agit plus ici naturellement de guérison radicale, mais seulement d'une atténuation des souffrances.

Mon premier essai dans ce genre remonte à l'année 1868.

Obs. VIII. — Une jeune fille de 16 ans me fut adressée de Villers-Cotterets pour une grave affection du rectum. C'était une induration fibreuse qui occupait toute la région anale, remontait jusqu'à une hauteur de 5 centimètres et obstruait complétement la lumière de l'intestin. La malade était en proie à des douleurs violentes et à tous les phénomènes de la rétention.

L'extirpation ne semblant pas possible, je songeai d'abord à créer un anus artificiel; mais je pratiquai d'abord, à titre d'essai, la section longitudinale de la tumeur et des téguments de la marge de

l'anus. Je procédai exactement comme dans l'observation qui précède.

Le soulagement fut immédiat; en quelques jours, la jeune malade avait repris de l'appétit, du sommeil et des forces. Il arriva même que l'induration diminua au point que je crus pouvoir tenter l'extirpation, laquelle malheureusement fut suivie de mort.

Ce fait me révéla le rôle du sphincter anal dans les douleurs et dans la rétention; le tissu de la tumeur était si dense, l'anneau fibreux était si épais et si haut, qu'après la section il n'y avait aucun écartement notable des lèvres de la plaie. Les conditions physiques de la rétention ne paraissaient donc guère changées et cependant ses symptômes si fâcheux s'étaient dissipées.

Obs. IX. — J'ai fait la même observation sur un malade actuellement encore dans mon service. C'est un homme de 33 ans, employé au chemin de fer du Nord, et qui vint me consulter pour un cancer du rectum, dès les premiers mois de cette année.

La production pathologique s'étendait très-haut dans le rectum, au delà de la portée du doigt; toute la paroi était inégale, bosselée, dure ici, fongueuse là.

Aucune opération radicale n'était praticable. La région anale n'était pas le point le plus étroit; le doigt y pénétrait plus facilement que dans une sorte d'anneau dur et irrégulier, situé à 5 centimètres de profondeur. Mais le sphincter était continuellement en contracture; aussi le toucher provoquait des douleurs assez vives à l'entrée même de l'intestin.

Nous essayâmes la dilatation avec des mèches, mais il fallut y renoncer. Un phlegmon survint, puis une fistule sur un des côtés de l'anus; fistule qui, malgré ses dimensions restreintes, donna bientôt passage à la totalité des fèces. Le ténesme était continuel, et à chaque instant le malade rendait une petite quantité de mucus, de matières diarrhéiques et de sang; de temps à autre, l'hémorrhagie était assez abondante.

L'insomnie, l'inquiétude, la perte d'appétit, les douleurs incessantes que les narcotiques ne parvenaient point à calmer, tout conduisait ce malheureux à une terminaison fatale. C'est alors que je tentai de le soulager par la section du rectum.

Je la fis en arrière sur la ligne médiane, c'est-à-dire au lieu d'élection, sans me préoccuper de la fistule latérale.

Je ne divisai que la région anale, c'est-à-dire à peine 3 centimètres du rectum; non-seulement je ne cherchai point à remonter

au delà des limites du mal, mais je respectai même le point rétréci dont j'ai parlé plus haut, et qu'on trouvait à 5 centimètres environ de l'anus. Il n'y eut pendant l'opération aucune perte de sang, et après aucun accident.

L'amélioration fut telle, que nous pûmes supprimer les suppositoires, les lavements, les pommades calmantes, et croire à une guérison prochaine.

L'action traumatique n'arrêta même pas le développement local du cancer, mais ne l'améliora pas davantage.

Aujourd'hui, les douleurs sont à peu près nulles. Le malade se lève, dort et se nourrit passablement; il a repris une mine assez bonne. Il est seulement préoccupé d'une incontinence permanente des matières fécales, qui le force à se garnir nuit et jour et à faire de fréquentes ablutions. Il espère tellement guérir, qu'il m'a demandé à aller passer quelques semaines dans son pays pour reprendre des forces et favoriser ce resserrement du sphincter, que je lui promets toujours, et qui devra achever sa cure. Le résultat palliatif a donc été dans le cas présent complétement atteint.

J'avais pratiqué neuf fois la rectotomie linéaire sans accidents; je pouvais donc considérer cette opération comme très-bénigne, lorsqu'un revers est venu me rappeler qu'il n'y a pas de médaille sans revers, et qu'il faut toujours compter avec la mort.

Une femme d'une cinquantaine d'années entra récemment à Lariboisière pour un cancer annulaire de l'extrémité inférieure du rectum. La lésion commençait immédiatement au-dessus de la marge de l'anus, qui était saine; de là elle remontait jusqu'à 4 centimètres environ dans la cavité rectale, qui était obstruée dans tout son pourtour. Le doigt dépassait assez facilement les limites de la tumeur, mais le toucher vaginal combiné au toucher rectal me persuadèrent que l'opération radicale atteindrait, ou cotoierait de trop près le cul-de-sac péritonéal. Je renonçai donc à toute idée d'extirpation.

Mais comme les envies d'aller à la selle se répétaient, que le ventre se ballonnait, et qu'enfin tout annonçait l'apparition prochaine des phénomènes de rétention, je crus devoir pratiquer la rectotomie.

Les conditions générales n'étaient pas bonnes. La malade était oppressée et tourmentée par un catarrhe chronique; de plus, elle était frappée de terreur et pleurait continuellement sur son sort; l'appétit était presque nul et les digestions pénibles.

Je fis la section sur la ligne médiane, et n'eus de difficulté qu'à ramener la chaîne par l'anus à cause de l'étroitesse de la cavité persistant au centre de la tumeur. Cependant, tout s'effectua sans accident primitif.

Au deuxième jour, le ventre était ballonné et sensible. Au troisième, les phénomènes s'accrurent, la face s'altéra ; de plus, la respiration s'embarrassa comme dans les congestions étendues du poumon.

Malgré tous nos soins, le développement d'une péritonite ne put laisser aucun doute ni aucun espoir. Les parents de la malade vinrent la chercher et l'emmenèrent le cinquième jour. J'ai appris que la mort était survenue le lendemain.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÈS.

SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1872.

Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux* ; — l'*Union médicale* ; — la *Gazette hebdomadaire* ; — le *Bordeaux médical*. — Un travail pour le prix Laborie intitulé *Recherches expérimentales sur la capsule du cristallin* ; *applications chirurgicales*. Ce travail a pour épigraphe : *Laboremus*.

Tumeur fibreuse du sein. — M. MONTEILS (de Mende), membre correspondant, adresse l'observation suivante avec la pièce à l'appui.

Tumeur énorme du sein droit ; accroissement lent et sans douleur durant vingt ans. — Marche galopante subite accompagnée de douleurs lancinantes au bout de ce temps.

Le 1er mars 1872 entre, à l'hôpital de Mende, la nommée Seguin,

mariée, âgée de 72 ans, taille moyenne, constitution bonne, tempérament sanguin.

Aucune maladie héréditaire dans sa famille.

Cette femme, abondamment réglée jusqu'à l'âge de 58 ans, n'a pas eu d'enfant.

Dans le courant de l'année 1852, elle a vu son sein droit augmenter progressivement de volume.

La tumeur a insensiblement grandi, n'offrant comme douleur que la sensation de tiraillement causée par son poids.

Cet état de calme relatif s'est, sans cause connue, subitement modifié en février dernier.

A la lenteur de son évolution a succédé une marche rapide, et à son insensibilité un endolorissement des plus marqués. La malade se plaint de vifs et fréquents élancements dans la tumeur.

A son entrée à l'hôpital, elle est dans l'état suivant : teint frais, embonpoint, appétit; pouls normal, forces conservées.

Le sein droit, maintenu et supporté par un suspensoir, est représenté par une tumeur volumineuse, obliquement dirigée en bas et en dehors; recouverte par de la peau à l'état normal en son milieu et parcourue de nombreuses arborisations veineuses à sa périphérie.

Lisse et mobile sur les tissus sous-jacents, la peau ne leur est intimement adhérente qu'au niveau du mamelon déprimé et comme enfoncé dans ce qui fut la glande mammaire. La surface de la tumeur est irrégulière et offre trois principales bosselures, disposées verticalement, très-consistantes et unies l'une à l'autre. Sa circonférence est de 54 centimètres; sa hauteur, de 22 centimètres; sa largeur, de 19 centimètres. Elle est mobile, sur la paroi thoracique, sauf le long du bord externe du grand pectoral, auquel elle adhère complétement.

Une des particularités qui fixe le plus l'attention, est l'absence, dans l'aisselle et sous la clavicule, de toute espèce d'engorgement ganglionnaire.

Quelle est la nature de cette tumeur, dont il est cependant urgent de pratiquer l'extirpation?

Si la lenteur de son évolution jusqu'à ces derniers mois, l'absence de tuméfaction ganglionnaire, la mobilité de la peau à sa surface, empêchent de croire à la malignité de sa nature; d'autre part, en faveur de cette hypothèse, militent la rapidité et le volume de son accroissement, ainsi que l'intensité des douleurs lancinantes dont elle est le siége.

Faut-il admettre sa bénignité primitive et plus tard sa dégénérescence complète, ou bien le développement subit et inexpliqué, au milieu de ce tissu si longtemps inoffensif, d'éléments nouveaux propres à infecter rapidement l'économie?

L'opération, à cause de sa nécessité et de son urgence, a lieu le 4 mars.

Une double incision curviligne circonscrit la tumeur selon son axe principal.

Celle-ci s'énuclée facilement, sauf au niveau du bord externe du grand pectoral, dont il faut emporter, avec le bistouri, quelques fibres.

Violente hémorrhagie; nombreuses ligatures d'artères; badigeonnage de la plaie avec le perchlorure de fer liquide; points de suture à longue portée pour rapprocher les lèvres de cette vaste plaie.

La tumeur enlevée pèse 2 kilogrammes; elle paraît composée de lobules entourés d'une membrane enveloppante. Chaque lobule est réuni au lobule voisin par un tissu de constitution différente. Tous offrent une dureté squirrheuse.

La cicatrisation de cette plaie considérable s'est opérée régulièrement, et, vers le 3 mai, deux mois après, la malade est sortie de l'hôpital complétement guérie.

Deux conclusions ressortent de cette observation : l'une est relative au rapport, depuis longtemps signalé, qui existe entre, d'une part, la bénignité d'une tumeur, et, d'autre part, la motilité constante de la peau qui la recouvre et l'absence d'engorgement des ganglions voisins; la seconde permet d'affirmer que, sous l'influence de causes diverses et difficiles à apprécier, la tumeur la plus bénigne peut revêtir la forme et parcourir l'évolution des tumeurs primitivement malignes et infectieuses.

M. DESPRÉS. M. Monteils m'ayant prié de compléter son observation par un examen histologique, j'ai ajouté la note qui suit :

La tumeur est formée de deux lobes : le premier, bien limité, arrondi, d'une dureté osseuse, ancien, offre à l'examen des lames crétacées, osseuses, entourant du tissu fibreux; les masses crétacées osseuses présentent de rares ostéoplastes, qui forment des séries irrégulières. Le tissu fibreux est net et il existe dans tous les points non ossifiés de cette partie de la tumeur; quelques rares cellules ont l'appparence du cartilage.

Le second lobe de la tumeur est multilobé, et ses lobes viennent se réunir intimement au niveau de la partie centrale de la mamelle.

Ils offrent tous la même apparence; à la coupe, il y a de petits espaces au milieu de tractus de consistance fibreuse. Dans tous les points, on ne trouve avec le grossissement de 250 diamètres que du tissu fibreux pur et quelques éléments fibro-plastiques fusiformes dans quelques points. J'ai cru trouver des éléments glandulaires normaux; mais aucune préparation ne m'a semblé tout à fait nette. La tumeur n'ayant pu être examinée à l'état frais, il faut rester dans le doute à cet égard.

Dans sa partie la plus ancienne, la tumeur paraît être un fibrome ossifié ou calcifié.

Dans sa partie la plus volumineuse, la tumeur paraît être une hypertrophie des éléments fibreux de la mamelle.

COMMUNICATIONS

Sur les ponctions capillaires évacuatrices des articulations. — M. DIEULAFOY lit un travail sur ce sujet. (Commissaires: MM. Verneuil, Cruveilhier, Després.)

Remarques sur le traitement de la syphilis par les mercuriaux. — M. SPILMANN lit un travail sur ce sujet. (Commissaires : MM. Després, Sée, Duplay.)

Kéloïdes cicatricielles du col de l'utérus. — M. CAZIN lit un travail sur ce sujet. (Commissaires ; MM. Marjolin, Tarnier, Dubrueil.)

Fistule vésico-vaginale chez une enfant de 9 ans (suite de calcul vésical). — M. CAZIN lit un travail sur ce sujet. (Commission déjà nommée.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Polype du rectum. — M. DUBRUEIL présente une pièce sur ce sujet.

Il y a six mois, je vis à l'infirmerie de l'hospice des Ménages un vieillard de 70 ans, portant une énorme tumeur du rectum. La tumeur faisait saillie à l'extérieur. Je ne pus, en l'explorant, arriver à reconnaître son point d'implantation, et je me bornai, pour tout traitement, à prescrire des purgatifs pour assurer et faciliter les évacuations alvines. Ce vieillard est mort il y a quelques jours,

et voici la pièce. On voit que la tumeur a en grande partie disparu; elle s'est désagrégée ; mais il reste le pédicule, et l'on voit qu'il siége sur la partie antérieure du rectum, à 13 centimètres de l'anus, c'est-à-dire sur un point enveloppé par le péritoine.

Il est probable qu'une opération faite pour débarrasser le malade de sa tumeur aurait déterminé une péritonite.

Cette tumeur était un sarcome.

Rétrécissement du rectum. — M. LANNELONGUE présente le rectum provenant d'un malade qui a succombé à la suite d'une simple exploration d'un rétrécissement du rectum qu'il avait pratiquée avec le doigt. Le malade avait été pris de péritonite presque immédiatement.

A l'autopsie, on a trouvé une péritonite du petit bassin. Il y avait une petite perforation d'une petite poche qui contenait du pus et qui faisait communiquer la dilatation du rectum, au-dessus du rétrécissement, avec le péritoine. Ce rétrécissement était un rétrécissement fibreux chez un syphilitique.

M. CHASSAIGNAC. — J'ai publié, dans ma *Médecine opératoire*, un fait du même genre où, après une exploration avec le doigt, une inflammation péritonéale avait emporté le malade. J'ai insisté sur ce fait pour dire qu'il fallait les plus grands ménagements lorsqu'on explorait le rétrécissement du rectum.

Étranglement interne par un diverticulum de l'intestin. — M. ÉD. CRUVEILHIER montre une pièce relative à ce sujet et dépose l'observation suivante :

L... (Gustave), âgé de 22 ans, entre dans le service de M. Richet, suppléé par M. Cruveilhier, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, nº 46, le 22 septembre 1872, à dix heures du matin. Il est très-fortement musclé et d'une constitution robuste; bonne santé habituelle; digestion facile, selles régulières et normales. Jamais il n'a eu de hernie.

Il y a huit mois, au retour de l'armée, il a eu une dyssentérie qui a duré un mois et dont il s'est complétement rétabli; jamais depuis il n'a rendu de sang par l'intestin; il n'a pas d'hémorroïdes.

Le jeudi 26 septembre, arrivé à Paris depuis quelques jours, il est pris subitement dans l'après-midi d'une douleur intense dans la région iliaque droite. La veille, il avait été légèrement indisposé ; il avait eu une selle demi-liquide; le matin du 26, il avait pris

pour son déjeuner deux œufs; depuis longtemps, il n'a pas mangé de fruits à noyaux; il n'a avalé aucun corps étranger.

Le soir, il prend un purgatif qui amène des vomissemeuts et pas de selles.

Le vendredi 27, les vomissements reviennent; ils sont verdâtres, sans odeur; la douleur augmente.

Le samedi, les vomissements deviennent acides, d'une odeur désagréable. Le malade entre dans le service de M. Fremy, à l'Hôtel-Dieu; on constate, le soir, des vomissements fécaloïdes et l'absence complète de selles.

Un lavement purgatif amène l'issue de quelques bouchons muqueux venant du gros intestin; pas de sang.

Le lundi 20, le malade est amené dans notre service, où nous constatons l'état suivant :

Les selles sont complétement supprimées depuis jeudi.

Vomissements abondants, fécaloïdes, jaunâtres, répandant une odeur infecte, indiquant par leur nature qu'ils viennent de la partie inférieure de l'intestin grêle.

Ballonnement du ventre général et uniforme ; pas de saillies dessinant des anses intestinales; sonorité générale; un peu de submatité dans la fosse iliaque droite, au niveau de laquelle la douleur est très-vive; en ce point, on sent un empâtement mal circonscrit.

Les anneaux sont libres; aucune trace de hernie ancienne ou récente.

Le toucher rectal donne des résultats négatifs.

Le pouls est à 112, large et régulier; la température rectale à 38°,4.

La gastrotomie est décidée pour aller à la recherche de l'étranglement; M. Cruveilhier s'appuie sur l'impuissance des traitements antérieurs et l'urgence extrême de la situation: le malade ayant quelques signes du début de la péritonite généralisée.

Opération. — A deux heures de l'après-midi, le malade est chloroformisé, une incision est pratiquée sur la ligne médiane, depuis le pubis (la vessie préalablement vidée) jusqu'à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic; on lie quelques artérioles, et on prend toutes les précautions possibles pour empêcher le sang de tomber dans l'abdomen.

Aussitôt que le péritoine est ouvert, les anses intestinales font hernie à travers la plaie, qu'on agrandit jusqu'à l'ombilic, puis jusqu'au creux épigastrique; les anses intestinales sont rouges, injec-

tées, quelques-unes couvertes de pus et de fausses membranes; on trouve dans le péritoine un liquide séro-purulent assez abondant; on perçoit très-manifestement une odeur de matière fécale.

Après avoir essayé de vider les anses intestinales par des ponctions capillaires avec aspiration, on les explore les unes après les autres pour découvrir le siége de l'étranglement.

Toutes étaient distendues par des gaz.

On constate alors dans la fosse iliaque droite une tumeur formée par des anses intestinales, agglutinées par des fausses membranes qui se déchirent très-facilement; on trouve une anse rouge, congestionnée, qui paraît l'anse étranglée, et qui s'engage dans une autre anse passant perpendiculairement devant elle et formant une sorte de nœud ou d'anneau constricteur, de la largeur du doigt et très-résistant.

L'extrémité de l'index introduit entre cet anneau et l'anse, qui semblait passer au-dessous, ne peut le dilater, ni le faire céder; on suppose qu'on a là un véritable nœud, et on cherche à réduire en refoulant l'anse engagée et en opérant des tractions. Tous les efforts sont inutiles. On est obligé alors de renoncer à lever l'étranglement, puisqu'on suppose qu'il est formé par l'intestin lui-même; on établit alors un anus artificiel, en fixant l'intestin au-dessus du pubis, à la partie inférieure de la plaie, qui est amenée par deux sutures, l'une profonde, l'autre superficielle.

Application de glace sur le ventre. — Pouls : 146; T. R. : 39°,4.

Les vomissements continuent. Le malade meurt sept heures après l'opération.

Autopsie trente-six heures après la mort.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoula un liquide séro-purulent; les anses intestinales sont rouges, violacées, agglomérées en quelques points par des fausses membranes. En examinant l'intestin dans toute son étendue avec le plus grand soin, on reconnaît que la partie inférieure de l'intestin grêle s'engage sous un anneau qui a formé un étranglement complet; il est impossible de faire refluer du liquide ou des gaz au-dessous de cet anneau; la séreuse de l'anse étranglée est ulcérée, et on trouve deux sillons indiquant sur la séreuse les limites de l'étranglement. Il n'y a pourtant pas de perforation sur ce point. En prenant cette circonvolution intestinale au-dessous de l'anneau constricteur, et en la suivant, on parcourt ainsi une longueur de 35 centimètres, et on revient alors au niveau de l'étranglement; on s'aperçoit alors que du bord interne de l'intestin part, à ce niveau, un diverticulum qui constitue

précisément l'agent de l'étranglement ; que ce diverticulum, large et évasé à son origine (1 demi-centimètre), va en diminuant jusqu'à son extrémité inférieure ; qu'il décrit une demi-circonférence en se dirigeant d'abord en haut et à gauche, puis en bas, et enfin à droite, pour aller se fixer par son extrémité, par des adhérences molles et faciles à déchirer, au détroit supérieur du bassin, au niveau où le muscle psoas droit plonge dans l'excavation, en dedans de l'extrémité inférieure du cœcum et de son appendice ; et qu'enfin cette bride, longue de 10 à 12 centimètres, ainsi fixée par ses deux extrémités, d'une part à l'intestin, d'autre part aux parois abdominales, a produit une sorte de *vive arête*, sur laquelle l'intestin s'est étranglé.

Deux petites perforations gangréneuses existent au point d'origine du diverticulum sur l'intestin ; une autre à son extrémité, au point où elle est fixée sur le détroit inférieur. Les perforations, qui existaient avant l'opération, laissent sortir des matières intestinales. L'anse intestinale communique avec la cavité du diverticulum par une très-large ouverture infundibuliforme.

Ainsi trois faits ressortent de cette observation :

1° La largeur du diverticulum démontrant pourquoi il a pu être pris pendant l'opération pour l'intestin lui-même ;

2° La possibilité, si on avait reconnu la nature de la bride, de lever l'étranglement en déchirant les adhérences de l'extrémité du diverticulum à la paroi ;

3° La nécessité d'agir promptement, puisque dans ce cas, le quatrième jour après le premier signe d'étranglement (douleur), nous avons, pendant l'opération, constaté déjà une perforation intestinale et une péritonite généralisée qui ne laissaient aucun espoir pour la guérison spontanée.

M. DUBRUEIL. Dans un cas analogue, j'ai enlevé l'obstacle au cours des matières, j'ai pratiqué un anus artificiel et fixé les deux bouts de l'intestin à la paroi abdominale. Le malade a succombé.

M. TRÉLAT fait remarquer que l'étranglement interne de l'intestin a lieu par un véritable anneau. Les adhérences qui unissaient le diverticule de l'intestin à l'intestin et à la paroi du bassin constituent le complément de l'anneau formé en partie par le diverticule de l'intestin, en partie par le bout inférieur de l'intestin.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÈS.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1872.

Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux;* — l'*Union médicale;* — la *Gazette hebdomadaire;* — le *Bordeaux médical;* — la *Revue médicale de Toulouse;* — le *Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Gannat;* — *Recueil des travaux de la Société médicale du departement d'Indre-et-Loire;* — le *Lyon médical;* — le *Montpellier médical;* — le *Marseille médical;* — *Traitement du cancer du col de l'utérus par la galvano-caustique thermique*, par le docteur Amussat fils.

Concours Laborie. — La Société reçoit trois mémoires manuscrits : *De l'immobilisation dans le traitement des fractures des membres à l'aide de bandages silicatés et des appareils à attelles plâtrées.* Ce mémoire est accompagné d'un pli cacheté avec cette épigraphe : « La chirurgie de l'avenir doit être la chirurgie conservatrice. » *De l'état des veines et en particulier des veines inter et intra-musculaires à la surface et au voisinage des plaies en suppuration. Rapport de cet état avec la théorie embolique de la pyohémie. Note pour servir à l'histoire de la phlébite inguinale consécutive à la compression de l'artère fémorale au pli de l aine.*

M. COSTE (de Marseille), membre correspondant, assiste à la séance.

M. DUBRUEIL annonce à la Société que le malade dont il a parlé, et auquel une ponction de l'articulation avait été pratiquée, après une amélioration momentanée a succombé.

LECTURE

Ponction aspiratrice dans les hernies étranglées. — M. TERRIER lit une observation sur ce sujet. (Commission : MM. Verneuil, Tillaux, Duplay, rapporteur.)

Plaie par écrasement de la main gauche. — Tétanos. — Amélioration momentanée par les courants continus. — M. LE FORT. Le nommé B... (Jean), âgé de 57 ans, briquetier, est entré dans notre service, à l'hôpital Lariboisière, le 14 octobre, présentant déjà des symptômes de tétanos. Le 24 septembre il avait eu la main gauche écrasée dans un engrenage; le 6 octobre il éprouve de la difficulté à ouvrir la bouche, et à partir de ce moment la roideur tétanique a envahi peu à peu les muscles de la nuque et du dos.

Le 15 octobre, je trouve à la visite le malade dans l'état suivant : la blessure de la main se borne à une large plaie occupant toute la face dorsale de la main; mais elle est peu profonde, la peau seule a été enlevée. Cette plaie, dont les bourgeons charnus sont violacés et dont les bords sont très-durs, donne peu de suppuration et semble avoir peu de tendance vers la cicatrisation. Les muscles de la nuque et du dos sont très-fortement contracturés; on peut soulever le malade *tout d'une pièce* en le soulevant par la tête. La contraction tétanique s'observe également sur les muscles de l'abdomen. Les membres inférieurs sont à l'état normal. Pouls 100, fort et vibrant, peau chaude couverte de sueur. Constipation opiniâtre depuis le début des accidents tétaniques. *Prescription* : 2 bains de vapeur dans la journée, un litre d'eau-de-vie.

Le soir le malade, qui a pris un bain de vapeur et 300 grammes d'alcool, est ivre et parle beaucoup. Il peut cracher, agiter les bras et avaler plus facilement; il respire mieux; mais la contracture des autres muscles persiste. Pouls, 104; temp. 37°. La peau est moins chaude, les sueurs se sont arrêtées.

16 octobre. Le malade est toujours très-loquace; la roideur musculaire est à peu près la même, pas de sommeil pendant la nuit. Le litre d'eau-de-vie a été bu. La face est couverte de sueur. Perte involontaire des urines. Pas de selles. Pouls, 104, temp. 37°.9.

Soir. A peu près le même état que le matin; on continue l'alcool. Pouls, 108. Le malade a pris deux bains de vapeur.

17 octobre. Pas de sommeil; respiration fréquente. Pouls, 120, temp. 38°.7. Tous les muscles sont contracturés, le diaphragme seul sert à la respiration. Le bord externe du grand pectoral a la rigidité d'une corde tendue. Je prescris de préparer l'application d'un courant *ascendant* le long de la colonne vertébrale.

10 heures 1/2 du matin. Le malade est pris d'un accès de suffocation, il se cyanose très-rapidement et n'a plus que toutes les dix secondes un mouvement d'inspiration qui diminue peu à peu. Le

pouls est fréquent et petit. Le malade est sur le point de périr par asphyxie; mais aussitôt que le courant *ascendant* est établi, aussitôt, et brusquement, les muscles tombent en résolution, la cyanose disparaît, le malade étend les bras et peut nous parler.

12 heures 40. Le courant a été continué, mais il ne comprend plus que dix éléments (ce sont de très-petits éléments au bi-sulfate de mercure); la contracture a reparu, quoique beaucoup moins forte; la respiration est moins facile que deux heures auparavant; on voit de temps en temps des spasmes localisés dans les faisceaux musculaires du deltoïde, et toutes les 5 ou 6 minutes il survient des crampes générales. P. 132, temp. 39°.8. On porte à 15 le nombre des éléments.

5 heures 20. Depuis 3 heures, le malade a été bien tranquille; il dort, mais, au moindre mouvement, on voit reparaître des spasmes. La respiration est facile, régulière, 40 inspirations par minute. P. 116, temp. 39°. On laisse le courant toute la nuit.

18 octobre. La nuit a été bonne. Le malade respire facilement, parle beaucoup. Presque tous les muscles sont en résolution; il n'y a plus qu'un peu de roideur à la nuque. Le malade meut ses membres, se meut lui-même, tourne la tête légèrement, mais ne peut la fléchir. Il a pris un peu de bouillon. P. 124; temp. 38°,3.

Soir, 5 h. 1/2. Il est survenu une roideur considérable; la respiration redevient très-gênée. L'auscultation fait entendre des râles muqueux. Soif vive; pouls 140; temp. 40°.

A 8 heures du soir, le malade meurt asphyxié.

J'ai voulu vous communiquer cette observation, bien qu'elle ne soit qu'un exemple d'amélioration momentanée; mais l'influence du courant a été trop subite, trop remarquable pour ne pas attirer l'attention. Je ferai remarquer que le courant a été ascendant, tandis que, dans le cas de M. Dubrueil, cas suivi de guérison, le courant a été descendant. L'un et l'autre ont eu le même effet sur la contraction tétanique; tous deux ont amené la résolution. C'est un fait que j'apporte, rien de plus. C'est encore empiriquement que que nous sommes réduits à utiliser les courants continus appliqués soit d'une manière permanente, soit dans des séances plus ou moins longues.

Je crois que nous ne pouvons encore faire autre chose d'utile que d'étudier les faits, et vous ne vous étonnerez pas si je ne hasrde aucune théorie.

M. DUBRUEIL. Il est très-important que l'observation renferme la désignation des éléments et de leur quantité. Je demanderai à

M. Le Fort pourquoi il a employé de préférence le courant ascendant, car jusqu'ici le courant descendant, qui est considéré comme résolutif, est celui qui a été employé avec succès.

M. LE FORT. C'est un fait que j'ai constaté. Je me suis mieux trouvé du courant ascendant que du courant descendant, et mon observation du moins prouve que le premier a eu autant d'effet résolutif que le dernier.

M. DUBRUEIL. L'important pourtant serait de savoir à quel courant on doit avoir recours.

M. LE FORT. C'est une question à l'étude.

M. PERRIN. Dans cette observation, comme dans celles que nous a déjà présentées M. Le Fort, je ne trouve pas de précision. Est-il démontré que le courant passait? S'est-on servi du galvanomètre pour savoir si le courant passait, et s'il passait tous les jours où on l'a appliqué? Qu'on nous dise le nombre d'éléments employés, le nombre des séances et la manière dont les réophores ont été mis en contact avec le corps.

J'ai répété les expériences et j'ai remarqué qu'en les reproduisant exactement, comme l'a dit M. Le Fort, il y avait des moments où le courant ne passait pas. Je désire donc que les faits qui nous seront de nouveau présentés soient marqués à l'estampille de la rigueur la plus absolue dans l'observation.

M. LE FORT. Il n'y a pas de galvanomètre pratique (je ne parle pas des galvanomètres des laboratoires de physique), capables de donner l'intensité du courant et la quantité proportionnelle d'électricité produite. Avec des galvanomètres très-sensibles, on peut savoir si le courant passe; mais on ne peut pas en mesurer l'intensité.

Lorsque l'on place les réophores sur le corps avec l'interposition de compresses d'eau salée, le galvanomètre placé dans le circuit métallique d'un des pôles, on voit le courant passer; mais la déviation du galvanomètre est très-faible, et quelquefois celle-ci n'existe pas, et pourtant il y a des escharres aux points où les pôles sont appliqués sur la peau. Il y a une différence réelle ici entre les propriétés physiques et les propriétés physiologiques des courants.

M. PERRIN. Je me suis servi des piles de Trouvé, de Leclanché, de Marié-Davy. Je n'ai pas vu une seule fois une sensation éprouvée par le malade qui ne correspondît à une déviation de l'aiguille du galvanomètre, et quand le courant ne passait pas, cela tenait au plus ou moins d humidité des parties où reposaient les réophores. Je demande que les faits aient à cet égard la précision nécessaire.

M. GIRAUD-TEULON. Le galvanomètre ne donne de déviation que pour les courants forts. Pour les courants faibles, il donne quelquefois une déviation au moment de l'interruption du courant; mais, en général, il n'en donne point. En tous cas, le galvanomètre ne donne pas de notion sur l'intensité du courant. Si mes souvenirs sont exacts, il n'y a que deux instruments qui donnent cette notion : la boussole des sinus, pour l'usage de laquelle il faut une table de logarithme, et le voltamètre, dont le principe repose sur la mesure des gaz produits par les décompositions chimiques.

Nous sommes réduits en médecine à un empirisme forcé pour l'emploi de l'électricité, et c'est ce qui fait que nous sommes obligés de produire les faits avec modestie.

M. LE FORT. Même lorsque l'on place sur la peau un liquide conducteur, le galvanomètre ne dévie pas quand on applique un courant faible.

M. PERRIN. Je trempe les réophores dans une solution d'acide nitrique au millième, et j'ai toujours, même avec les courants faibles, une déviation du galvanomètre.

M. GIRAUD-TEULON. Le courant a été indiqué par le galvanomètre, parce que M. Perrin s'est servi d'acides qui ont entamé le derme et l'épiderme ; ceci explique le malentendu.

Anatomie pathologique du tétanos. — M. VERNEUIL. Je profite de l'occasion pour entretenir la Société des recherches que je viens de faire sur la pathogénie du tétanos. Mais avant d'entrer dans les détails, je demanderai à M. Le Fort si, dans les derniers jours de la vie de son malade, la température ne s'est pas élevée ; elle s'était, je crois, abaissée au moment où la résolution a été obtenue par l'électricité.

M. LE FORT. Elle s'est élevée, en effet.

M. VERNEUIL. En prenant la parole sur l'intéressante communication de M. Le Fort, mon but était de vous soumettre quelques remarques récemment faites sur l'évolution du tétanos et sur les causes de la mort dans cette redoutable maladie.

En attendant que la thérapeutique soit parvenue à diminuer la gravité du mal, il est bon de savoir en quoi consiste cette gravité, et j'ai observé, si je ne me trompe, quelques faits qui pourront peut-être éclairer ce point obscur de la question.

Je pars d'un fait incontestable et incontesté, savoir : l'élévation de la température dans les dernières périodes de la maladie. Dans les derniers jours ou dans les heures qui précèdent la mort, il est

de règle de voir le thermomètre marquer 40 degrés et même plus. Cette ascension est du plus mauvais augure, et, lorsqu'on la constate dans un cas qui jusque-là marchait favorablement, il faut d'ordinaire abandonner l'espoir de la guérison.

Ce phénomène a reçu diverses explications. On l'a attribué à l'intensité et à la généralisation de la contracture ; à l'altération du sang consécutive à l'exagération fonctionnelle des muscles ; à l'irritation de la moelle épinière et surtout de la partie supérieure de cet organe ; à un degré plus ou moins prononcé de myélite ; à l'excitation d'un foyer régulateur de la chaleur animale qu'on place arbitrairement dans la moelle allongée, etc.

L'observation au lit du malade et à l'amphithéâtre ne permet guère d'accepter ces interprétations.

J'ai vu des tétaniques en état de contracture généralisée depuis quinze jours. Tout leur corps ne formait qu'une masse rigide, et cependant la température oscillait entre 37° et 38°.

J'ai vu dans ces mêmes cas l'urine, quoique rare, rester tout à fait limpide, et ne point révéler une surcharge du sang par les produits de désassimilation.

Chez d'autres malades, morts au sixième ou septième jour avec les phénomènes les plus marqués de la maladie et avec les températures les plus extrêmes, j'ai enlevé la moelle épinière, et, pour avoir toutes les garanties nécessaires, j'en ai fait faire l'examen dans le laboratoire de mon savant collègue, M. le professeur Vulpian. Cet examen a été négatif.

J'en ai conclu que les causes de l'élévation de température étaient encore à découvrir. Un fait m'a mis sur la voie d'une hypothèse nouvelle que je présente sous toutes réserves, mais sur laquelle je ne saurais trop appeler l'attention des cliniciens.

Un jeune homme était entré dans mon service pour une brûlure superficielle de la jambe gauche. Il fut traité par le pansement ouaté. La guérison marcha naturellement et j'allais renvoyer le malade, lorsque, sans cause connue, on m'annonça un matin qu'il avait un léger trismus.

L'état général était bon, et pour porter le diagnostic du tétanos, il fallait en vérité une certaine hardiesse. Je prescrivis le chloral et autres moyens appropriés. Les phénomènes marchèrent avec une telle rapidité que, vers 5 heures, moins de quinze heures après l'invasion supposée, un premier accès de suffocation se déclarait, bientôt suivi d'un second, puis d'un troisième. Appelé en toute hâte, j'arrive à 9 heures du soir et je pratique la trachéotomie, qui amène une dé-

tente presque subite des spasmes et une amélioration notable de la contracture. A la visite du matin le malade est calme, presque gai; le trismus a beaucoup diminué, la déglutition est plus facile, mais il y a de la fièvre et la température s'est élevée, la respiration est un peu gênée. Je pratique l'auscultation et je trouve à droite, au niveau de la pointe de l'omoplate, du souffle et du râle sous-crépitant à bulles fines. Je diagnostique en conséquence une pneumonie circonscrite. Un vésicatoire est prescrit. Dans la journée la respiration s'embarrasse de plus en plus, sans toutefois qu'il y ait d'accès véritables de suffocation. La température atteint 40°, et la mort survient dans le courant de la nuit, trente heures environ après l'ouverture de la trachée.

A l'autopsie, pratiquée dans l'après-midi du jour suivant, je m'attendais à trouver une congestion pulmonaire généralisée, comme on l'observe de coutume chez les tétaniques. Aussi mon étonnement fut grand lorsque, la paroi de la poitrine étant ouverte, je vis que le bord extérieur des deux poumons avait conservé son aspect normal, sa coloration grise naturelle et la perméabilité complète de son tissu.

Mais les poumons enlevés et examinés sur la table, je constatai des lésions d'un autre ordre. Cette apparence normale n'existait que dans le tiers antérieur des deux organes; les deux tiers postérieurs étaient denses, pesants, compacts, manifestement congestionnés; à la coupe on voyait sourdre un nombre infini de gouttelettes de mucus purulent; en un mot, nous avions affaire à une bronchite des plus intenses occupant tout l'arbre aérien, depuis la bifurcation de la trachée jusqu'aux bronches les plus ténues. Au point où j'avais, pendant la vie, reconnu du souffle, le parenchyme était plus friable qu'ailleurs, il y avait de la broncho-pneumonie.

Ainsi la mort était venue par le poumon, mais non à la manière réputée commune, c'est-à-dire à la suite de l'asphyxie; elle avait été réellement causée par une bronchite double occupant la presque totalité des deux poumons, et s'était développée avec une rapidité exceptionnelle.

Dans la prochaine séance je communiquerai un autre fait.

Ablation d'un cancer du rectum. — M. POLLAILLON lit une observation sur ce sujet. (Commission déjà nommée.)

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire : ARMARND DESPRÉS.

SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1872

Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux;* — l'*Union médicale;* — les *Archives générales de médecine et de chirurgie;* — le *Bulletin général de thérapeutique;* — le *Bordeaux médical;* le *Bulletin médical du nord de la France;* — le *Journal d'ophthalmologie.*

M. PANAS présente, au nom du professeur Aganostakis, doyen de la Faculté de médecine d'Athènes, un mémoire imprimé intitulé *Chirurgie oculaire des anciens.*

M. OLIVIER (de Rouen) envoie une observation intitulée *Hernie ombilicale étranglée. Ponction du sac. Réduction.*

M. Olivier demande à être inscrit au nombre des candidats au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie (commissaires : MM. Giraldès, Panas et Labbé).

M. MOUCHET (de Sens) envoie une observation intitulée *Nouveau cas de luxation simultanée du cubitus en arrière et du radius en avant* (même commission).

M. PERRIN offre, de la part du docteur Thouvenin, de Veselise (Meurthe), l'observation suivante : *Plaie pénétrante de la vessie compliquée d'inclusion d'un corps étranger; guérison* (renvoyée à l'examen de M. Perrin).

ÉLECTIONS

Commission pour l'examen des thèses pour le concours du prix Duval.

Sont élus : MM. Tillaux, Lannelongue, Duplay, Panas, Trélat.

Commission pour l'examen des mémoires pour le prix Laborie.

Sont élus : MM. Paulet, Blot, Verneuil, Lefort, Guéniot.

A PROPOS DE LA CORRESPONDANCE

Tumeur sébacée du dos. — M. LÈTENNEUR (de Nantes), membre correspondant, adresse l'observation suivante avec la pièce.

Véronique F..., âgée de 69 ans, est entrée à l'hôpital de Nantes, salle de clinique, pour y être opérée d'une tumeur de la région dorsale. Cette tumeur a débuté il y a dix-huït mois par une induration de la peau avec d'assez vives démangeaisons. La malade, sujette à l'urticaire, crut qu'il s'agissait encore de cette éruption; mais bientôt une tumeur véritable se manifesta et prit un rapide accroissement.

Sur un point, vers la partie inférieure de la tumeur, la plaie s'enflamma; une petite ulcération eut lieu et donna issue à une grande quantité de liquide non purulent.

C'est alors que la malade vint à l'hôpital, le 10 septembre 1872. Sa santé générale est bonne, et elle ne se plaint que de la tumeur, dont elle désire être débarrassée en raison de la gêne qu'elle lui cause.

Cette tumeur occupe la partie supérieure du dos, particulièrement le côté gauche. Elle se présente sous la forme d'un large gâteau adhérant à la peau et mobile sur les parties profondes. Les mouvements de la tête dans différents sens démontrent que le muscle trapèze est tout à fait libre d'adhérences avec la face correspondante de la tumeur.

Celle-ci a 14 à 15 centimètres de hauteur et 10 à 12 de largeur; on peut la faire mouvoir dans tous les sens. Elle est dure dans presque toute son étendue, et bien que cette consistance soit assez uniforme, on trouve sur le trajet d'une ligne transversale des points beaucoup plus résistants et qui donnent la sensation du tissu cartilagineux.

En haut et en dehors, existe un kyste, gros comme une forte noix, qui fournit, par la ponction, un liquide limpide, à peine filant, analogue d'ailleurs au liquide qui s'écoule par l'orifice fistuleux correspondant à un kyste beaucoup plus volumineux, qui s'est vidé spontanément et dont les parois sont affaissées; il n'y a de douleur que dans ce seul point.

Rien dans l'aspect de la tumeur ne révèle une tumeur maligne : l'existence de deux kystes séreux, la dureté de la masse entière avec une sorte d'intersection de consistance cartilagineuse, me fit

supposer qu'il s'agissait d'une de ces tumeurs mixtes, dans lesquelles on trouve du fibrome, de l'enchondrome et des kystes. C'est dans ce sens que j'en parlai à M. Dolbeau, qui était alors à Nantes pour présider les examens. M. Dolbeau examina la malade et diagnostiqua un sarcome kystique.

Le samedi 20 septembre, je fis l'opération.

La malade, couchée sur le côté gauche, fut soumise à l'action du chloroforme, et l'anesthésie se produisit assez promptement.

Je circonscrivis la tumeur par une incision, en ménageant toutes les parties de peau qui n'étaient pas trop adhérentes. Je commençai à énucléer la tumeur, lorsqu'il me sembla que la malade ne respirait plus; au même instant, l'aide qui surveillait le pouls me dit qu'il ne le sentait plus. Nous plaçâmes promptement la malade sur le dos : elle était pâle, les lèvres bleuâtres, et en quelques instants nous vîmes se produire sur tout le visage et le cou une teinte cyanosée des plus prononcées. Les mâchoires étaient contractées, on les écarta et on s'empressa d'attirer la langue pour permettre à l'air d'arriver librement à la glotte.

On stimula les narines avec des linges imbibés d'ammoniaque; on frictionna la poitrine et on souffleta le visage avec des compresses imbibées d'eau froide.

Pendant qu'on allait chercher un appareil électrique, mes collègues, MM. Joüon et Laënnec, qui m'assistaient, saisirent chacun un des bras de la malade et, par des mouvements rhythmés d'élévation et d'abaissement, favorisèrent le retour de la respiration. Ce n'est qu'après un temps qui parut bien long à tous les assistants, qu'un mouvement respiratoire fut constaté; immédiatement, le pouls devint plus appréciable au doigt, et peu à peu la cyanose disparut, pour faire place à une teinte rosée de bon augure.

L'électricité fut appliquée quelques instants, mais alors tout danger avait disparu.

J'attendis quelques instants pour reprendre l'opération interrompue par cet incident; la tumeur fut enlevée en totalité, quelques ligatures placées sur les artères, qui donnaient lieu à un écoulement assez considérable de sang; la plaie fut pansée à plat, excepté en haut, où je pus fermer l'angle supérieur par quatre épingles.

Le lendemain de l'opération, la malade était dans l'état le plus satisfaisant et ne se ressentait plus des accidents causés par le chloroforme, accidents favorisés très-certainement par le décubitus sur le côté gauche.

La tumeur, examinée après l'opération, offre une forme ovulaire,

elle a 14 centimètres de hauteur et 10 centimètres dans son plus grand diamètre transversal; son épaisseur est de 5 centimètres.

A la coupe, nous trouvons une masse compacte de matière sébacée granuleuse, traversée en un point par une cloison fibreuse; c'est au niveau de cette cloison que la pression avait fait supposer l'existence de tissu cartilagineux.

On retrouve les deux kystes observés pendant la vie; ils sont, dans leur fond, séparés de la matière sébacée par une membrane très-mince et transparente.

Il est rare de trouver des tumeurs sébacées ayant un pareil volume et une forme aussi aplatie. C'est ce qui explique comment la nature réelle de la masse morbide n'a pas été reconnue, et c'est à ce point de vue surtout que cette observation me paraît mériter quelque intérêt.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Anatomie pathologique du tétanos. — M. VERNEUIL termine ainsi la communication qu'il a faite dans la dernière séance :

Ce cas me remet en mémoire d'autres faits, où j'avais constaté chez les tétaniques des lésions pulmonaires importantes. Chez une malade à laquelle j'avais pratiqué la trachéotomie pour remédier à des accès menaçants de suffocation, j'avais été frappé de voir, quelques instants après l'opération, la canule donner issue à une grande quantité de muco-pus provenant des bronches et révéler l'existence d'une bronchite intense, que je ne soupçonnais point et qui, sans doute, jouait un rôle important dans la dyspnée. La malade ayant guéri, je ne puis dire exactement dans quel état se trouvaient les poumons.

Deux autres fois, à l'autopsie, j'avais constaté, outre une congestion pulmonaire très-forte et généralisée, des points étendus de pneumonie véritable. Mais comme les sujets, indépendamment du tétanos, avaient été atteints de phlegmon diffus, d'érysipèle et de lymphangite partant de leurs blessures, j'avais attribué la lésion pulmonaire à la maladie générale septique, et non à la complication tétanique.

Cette interprétation n'était pas acceptable chez le jeune homme dont je viens de rapporter l'histoire, car au moment où le tétanos éclata, il était tout à fait apyrétique et n'avait jamais été fébricitant du fait de sa brûlure. Si peu de temps s'était d'ailleurs écoulé entre

le début des accidents et la terminaison funeste, et cependant les lésions pulmonaires étaient si prononcées, que je ne pus m'empêcher de croire que le tétanos avait joué un rôle prédominant dans la production.

Certes, je n'entends pas donner comme une découverte les altérations du poumon et les troubles respiratoires dans le tétanos.

J'ai toujours soutenu, avec les auteurs classiques, que les tétaniques succombaient par la respiration et offraient, à l'autopsie, des lésions pulmonaires sinon constantes, au moins très-fréquentes; mais aujourd'hui, je suis porté à admettre plusieurs variétés de mort par l'appareil respiratoire.

Je crois qu'on peut succomber d'abord à une sorte de strangulation par spasme laryngien, puis à une asphyxie plus ou moins rapide par contracture des muscles inspirateurs, diminuant ou empêchant l'entrée suffisante de l'air dans les poumons. La contraction des muscles expirateurs pourrait sans doute amener un résultat analogue. En tous cas, la cessation brusque des phénomènes d'asphyxie par les courants électriques continus ne peut guère s'expliquer que par l'hypothèse d'une contracture des muscles.

Enfin je pense que, dans le cours du tétanos et sous l'influence de l'irritation violente de la moelle, les poumons peuvent être pris de troubles trophiques se manifestant par le développement de lésions aiguës, inflammatoires, d'origine non mécanique, telles que bronchite capillaire et pneumonie; alors s'expliquerait convenablement la brusque élévation de température et l'aggravation si grande du pronostic.

J'ignore ce que l'observation ultérieure fera d'une hypothèse que j'émets, du reste, avec réserve; mais dès à présent je conseille aux cliniciens de porter leur attention spéciale de ce côté, c'est-à-dire 1° de pratiquer avec soin l'exploration de la poitrine chez les tétaniques; 2° de noter scrupuleusement à l'autopsie les lésions internes du parenchyme pulmonaire; 3° de chercher enfin la relation qui peut exister entre l'élévation de température constatée pendant la vie et les altérations du poumon trouvées après la mort.

Je reste convaincu que dans cette voie nouvelle on arrivera à des résultats importants.

M. LANNELONGUE. Dans un cas de tétanos suraigu, j'ai trouvé des lésions des poumons; il y avait dans cet organe des noyaux hémorrhagiques comme ceux que l'on observe chez les noyés. Le malade était mort asphyxié, et s'il avait pu vivre, sans doute ces lésions se seraient terminées par de la suppuration.

J'ajoute que l'asphyxie donne lieu à une production énorme de chaleur. J'énonce ici le fait parce qu'il a été déjà démontré.

RAPPORT

M. DUBRUEIL lit le rapport suivant :

Messieurs, à l'appui de sa candidature, M. Polaillon nous a fait trois communications : l'une sur un *esthiomène rongeant de la vulve* ; l'autre sur un *abcès du cerveau, consécutif à une fracture du frontal* ; et la troisième sur une *opération de cancer du rectum.*

Parmi les ulcères de la vulve, l'un des plus rares est certainement celui qui se développe sous l'influence de la diathèse scrofuleuse. M. Huguier est le premier observateur qui l'ait distingué des ulcères vénériens ou cancéreux de cette région, et qui l'ait décrit, en 1849, sous le nom d'esthiomène ou dartre rongeante de la région vulvo-anale. Tous les chirurgiens qui ont pratiqué à l'hôpital de Lourcine n'ont pas eu l'occasion d'en voir, et M. A. Guérin avoue, dans son ouvrage (sur les maladies des organes génitaux externes de la femme), qu'il n'en a rencontré qu'un seul cas en quatre ans (p. 410). En raison de cette rareté, M. Polaillon a pensé que vous accueilleriez avec intérêt le fait qu'il avait observé. Dans cette communication, il a insisté sur deux points : le diagnostic et le traitement. Il a montré, par l'étude de la marche, des antécédents et des symptômes concomitants, qu'il n'avait affaire ni à un chancre syphilitique, ni à une syphilide ulcéreuse, ni à un chancre simple devenu phagédénique, ni à un ulcère cancroïdal.

La maladie existait depuis dix-huit mois chez une femme de 55 ans. Elle avait débuté par un écoulement vaginal et par un tubercule dur situé au niveau de la fourchette. Ce tubercule s'était ulcéré. Peu à peu l'ulcération avait envahi tout le contour de l'entrée du vagin, creusant en profondeur, disséquant l'urèthre, dont l'orifice faisait saillie dans la plaie, et détruisant la muqueuse du vagin dans l'étendue de 3 centimètres. Les bords avaient une coloration violacée sombre. Ils étaient tuméfiés, durs, taillés à pic çà et là, peu saillants dans d'autres points, où ils semblaient se confondre avec le fond de l'ulcère par un commencement de travail cicatriciel. Le fond de l'ulcère était rouge violacé et sécrétait un pus épais et filant qui recouvrait sa surface d'une couche jaunâtre. Ce pus inoculé ne produisit pas un chancre. Les grandes lèvres étaient hypertrophiées ; le clitoris et les nymphes étaient gon-

flés, durs, d'une couleur rouge sombre, symptômes signalés par M. Huguier comme caractéristiques de l'esthiomène rongeant. De plus, la malade avait la face couverte de cette scrofulide tuberculeuse qu'on appelle l'acné rosacea, et elle ne présentait aucune trace d'éruption ou d'une lésion quelconque pouvant être rapportée à la syphilis.

Le diagnostic de l'esthiomène étant bien établi, M. Polaillon voulut essayer les moyens internes sur la marche de cette maladie avant d'avoir recours à la destruction des tissus ulcérés soit par les caustiques, soit par l'instrument tranchant. Sous l'influence de l'iodure de potassium à l'intérieur, des bains sulfureux et des pansements locaux avec la poudre d'iodoforme, les progrès de la maladie furent enrayés, et peu à peu l'ulcère se cicatrisa. J'ai vu cette malade dernièrement, et je puis constater ici qu'elle est bien guérie. C'est là un fait qui prouve que, dans certains cas, l'esthiomène rongeant de la vulve peut se guérir sans une intervention chirurgicale.

Dans une seconde communication, M. Polaillon a fait connaître une importante observation d'abcès du cerveau produits par une fracture du frontal. En même temps il mettait sous les yeux de la Société le cerveau et le crâne du blessé qui avait subi cette fracture.

Il s'est attaché à prouver une fois de plus, à l'aide de ces pièces, que des abcès très-volumineux peuvent se développer dans un des lobes du cerveau sans produire des troubles physiologiques du côté de la sensibilité, de la motilité et de l'intelligence ; et que s'il est assez facile de diagnostiquer, par l'ensemble des phénomènes morbides, que du pus se forme dans le cerveau à la suite d'une plaie de tête, il est presque toujours impossible de donner issue à ce pus par une opération de trépan, faute de savoir dans quel lieu il faut trépaner.

Le blessé qui fait le sujet de cette observation avait été frappé au front par un éclat de meule à aiguiser. Il en résulta une plaie verticale située sur la ligne médiane du front, avec enfoncement des fragments produisant une dépression sur la moitié droite du frontal et non sur la moitié gauche. Deux mois se passèrent sans le moindre accident. Au bout de ce temps, le malade eut des frissons qui se répétèrent à intervalles irréguliers, de la céphalalgie, des vomissements, de la constipation, de la lenteur dans le pouls. Le malade devint de plus en plus taciturne. Mais comme il n'avait pas d'agitation, pas de délire, pas de convulsions, pas de contracture dans les membres, M. Polaillon pensa qu'il avait

affaire à une encéphalite, et les frissons qui se renouvelaient de temps en temps lui indiquaient que l'encéphalite suppurait; il diagnostiqua un abcès du cerveau.

Ce diagnostic le conduisit à examiner s'il n'y avait pas lieu d'appliquer le trépan. Mais il attendit que quelque trouble fonctionnel vînt lui indiquer dans quelle région du cerveau siégeait l'abcès, et dans quel lieu il fallait trépaner.

La sensibilité et la motilité interrogées tous les jours, soit à la face, soit dans le reste du corps, ne présentèrent aucune altération jusqu'à la mort, et le malade conserva jusqu'au dernier moment l'usage de la parole. M. Polaillon a bien fait voir que s'il s'était guidé sur l'enfoncement des fragments pour pratiquer le trépan, il serait tombé infailliblement sur un point du cerveau où n'était pas l'abcès. En effet, la dépression du frontal existait à droite de la ligne médiane et non à gauche; or l'autopsie montra que l'abcès existait dans le lobe frontal gauche, en arrière de la moitié du frontal qui ne paraissait pas enfoncée. Il est vrai qu'en regardant l'os frontal par sa face interne, on voyait un petit fragment faire une saillie très-considérable du côté du lobe frontal gauche; c'est probablement cette saillie qui a produit, de ce côté, l'inflammation suppurative du cerveau. Mais il était impossible de soupçonner l'existence de cette saillie par l'examen de la surface externe du frontal, surtout alors que celle-ci était recouverte des parties molles déjà complétement cicatrisées.

Enfin, messieurs, M. Polaillon nous a entretenus, dans la dernière séance, d'une opération de cancer du rectum. L'opportunité de cette opération est soumise à certaines conditions spéciales, qui ont été bien mises en lumière par le candidat. La tumeur était mobile sur les parois du bassin; le doigt pouvait la circonscrire dans tous ses points; sa limite supérieure était à 8 ou 9 centimètres de l'anus, c'est-à-dire dans un point où l'on peut atteindre sans ouvrir le péritoine; elle n'occupait que la moitié latérale droite du rectum, ce qui nécessitait une perte de substance moins considérable que s'il avait fallu enlever toute la partie inférieure de cet organe; elle était ulcérée, et donnait lieu à des douleurs et à des hémorrhagies inquiétantes; enfin elle parut formée, d'après l'examen microscopique, par une hypertrophie des glandes du rectum, par un polyadenôme, tumeur qui, au point de vue de la récidive, a une signification moins grave que le squirrhe ou l'encéphaloïde.

La tumeur adhérait en avant au bord latéral droit de la prostate. Cette circonstance ne parut pas une contre-indication à l'opération

car, dans un cas semblable, MM. Demarquay et Ricord (*Gaz. des hôpitaux*) avaient pu enlever une partie de la prostate, sans qu'il en résultât aucun accident.

L'opération fut exécutée d'après un plan bien conçu. Mettant à profit le procédé de M. Denonvilliers, le candidat fit une longue incision étendue depuis l'anus jusqu'au coccyx ; cette incision lui permit de décoller avec les doigts, d'abord en arrière, puis latéralement, toute la portion du rectum qui supportait la tumeur. Il sectionna ensuite le rectum en arrière de la tumeur avec le fil de fer d'un serre-nœud, et en avant avec la chaîne de l'écraseur. Supérieurement, la tumeur fut détachée, en plaçant au-dessus d'elle l'anse d'un fil de fer constricteur. Le péritoine fut complétement ménagé, ainsi que le canal de l'urèthre. Mais le canal déférent droit, ainsi que la vésicule séminale de ce côté, furent coupés.

A la suite de cette opération, le malade n'eut aucun accident, si ce n'est une épididymite passagère du côté où le canal déférent avait été coupé. Deux mois après l'opération, il sortait de l'hôpital, l'incision extérieure étant complétement cicatrisée, n'ayant point d'incontinence de matières fécales et point de gêne dans la miction. Cet homme, qui a 62 ans, avait repris ses forces et son embonpoint. En pratiquant le toucher rectal, on sentait en avant la prostate reconnaissable à sa dureté, et latéralement une bride cicatricielle s'étendant de la prostate vers la partie postérieure de l'incision cutanée. Au-dessus, on constatait l'existence d'un tissu dur et de nature très-suspecte.

La tumeur fut examinée au microscope par M. Vulpian. On trouva des glandes hypertrophiées sur les bords de l'ulcération, mais plus profondément on trouva des alvéoles de tissu conjonctif remplies de cellules épithéliales. Or ces alvéoles constituent l'altération anatomo-pathologique caractéristique du véritable cancer. Aussi, en terminant sa communication, M. Polaillon a-t-il fait toutes ses réserves sur la possibilité d'une récidive. Néanmoins, l'opération qu'il a pratiquée a été fort utile à son malade; elle est aussi intéressante pour la science, car elle montre qu'une large incision du rectum en arrière peut se réunir, de manière à ce que l'anus conserve sa fonction de retenir les matières fécales.

Je terminerai en priant la Société de mettre M. Polaillon au nombre des candidats à la place vacante, et de renvoyer ses observations au comité de publication. (Adopté.)

M. CHASSAIGNAC. Les bulletins de la Société de chirurgie renferment une observation d'ablation d'un esthiomène de la vulve,

suivie de guérison, et c'est à Blandin, qui était alors chirurgien de Lourcine, qu'elle appartient.

M. FORGET. La récidive a eu lieu très-rapidement après l'opération du cancer du rectum, puisque M. Polaillon lui-même l'a constaté. On pourrait en conclure que l'opération n'était pas des plus opportunes ni des plus efficaces.

COMMUNICATION

Anévrysme cirsoïde de la région auriculo-temporale. — M. LABBÉ donne l'observation relative à l'opération d'une tumeur dont il a entretenu la Société (voy. p. 105) et à la mort de la malade.

D... L..., est entrée à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Jean, n° 20, le 14 mars 1872 (service de M. le docteur Labbé). — Cette malade, assez bien constituée, sans être cependant très-robuste, est âgée de 33 ans. Sa santé a toujours été bonne; réglée à l'âge de 14 ans, elle l'a toujours été régulièrement. Elle a eu trois grossesses, la première il y a sept ans, la seconde il y a six ans, et la dernière il y a vingt mois. Elle entre dans le service pour se faire traiter d'un anévrysme cirsoïde de l'oreille gauche, ayant également envahi tout le pourtour du pavillon, dans la région temporale et la région mastoïdienne.

Antécédents. Notre malade ne se rappelle pas qu'on lui ait dit qu'à sa naissance, ou peu de temps après, elle ait présenté quelque trace de tumeur érectile du pavillon de l'oreille gauche : elle se souvient seulement que vers l'âge de 5 ans, elle avait en bas et en arrière du pavillon de l'oreille gauche, au niveau de la base de l'apophyse mastoïde, un petit bouton qui a grossi assez rapidement, saignait assez facilement, et a donné lieu à une hémorrhagie assez inquiétante. Quelques jours après, l'hémorrhagie recommença et nécessita l'application d'une ligature.

C'est à partir de cette époque que le pavilon de l'oreille gauche, au dire de la malade, a commencé à devenir plus volumineux que celui de l'oreille droite. C'est également à partir de cette époque qu'elle a entendu dans son oreille un bruit de souffle très-faible et très-doux. Malgré cette augmentation de volume du pavillon de l'oreille, il ne se produisait aucune hémorrhagie sous l'influence de traumatismes légers. L'accroissement a progressé insensiblement jusqu'à l'âge de 25 ans.

A partir de l'époque que nous venons de déterminer, à l'occasion de la première grossesse, le pavillon de l'oreille a pris un accroissement notable, et il s'est formé une bosselure violacée en haut et an avant de l'attache de l'oreille.

Dans le cours de la seconde grossesse, nouvelle extension de la tumeur, sans que cependant il se soit produit d'hémorrhagie.

C'est seulement en 1867, qu'à la suite d'une petite écorchure très-superficielle, a eu lieu une hémorrhagie très-grave, après laquelle la tumeur a presque doublé de volume. Les bruits de souffle qui, jusqu'à cette époque, avaient été très-légers, se sont renforcés et sont devenus gênants pour la malade.

On a essayé alors de traiter la tumeur par des injections de perchlorure de fer; celles-ci, faites superficiellement, n'ont amené qu'une amélioration passagère; et, il y a deux ans, à l'occasion d'une troisième grossesse, la tumeur a beaucoup augmenté de volume et s'est étendue aux parties des téguments qui avoisinent le pavillon de l'oreille. La fin de la gestation n'a amené aucune amélioration.

État actuel. Le pavillon de l'oreille gauche a au moins une étendue double, dans toutes les directions, de celui du côté droit. Il est, de plus, bien plus épais et très-déformé. Il présente l'aspect d'un tissu éléphantiasique, dont la couleur terne serait relevée, par places, par une teinte violacée. Les saillies de l'hélix et de l'anthélix et les dépressions qui les séparent, ainsi que la cavité de leur conque, ne sont plus reconnaissables, et sont recouvertes et masquées par des bosselures plus ou moins volumineuses, ou bien par des paquets de varicosités plus fines qu'on voit serpenter dans l'épaisseur de la peau. Le lobule seul, bien qu'augmenté de volume, ne paraît pas traversé par des dilatations artérielles.

Vu par la face postérieure, le pavillon de l'oreille présente les mêmes modifications d'aspect. A son niveau, on peut étudier facilement les modifications de volume des petites artériolles de la peau; celles-ci se sont dilatées, sont devenues superficielles, tortueuses, et forment plusieurs plans de varicosités, que l'on voit s'enchevêtrer les unes dans les autres, battre et se dilater d'une façon synchrône au pouls radial.

Le pavillon de l'oreille est entouré, en forme de fer à cheval à concavité inférieure, par le tissu morbide qui a envahi les parties avoisinantes.

Cette partie, développée en dernier lieu, est très-saillante au niveau de l'arcade zygomatique, où elle est formée par trois ou quatre bosselures volumineuses. Au milieu des dilatations artérielles se trouvent d'assez grandes dilatations, sortes de lacunes si superficielles qu'à travers la peau, très-amincie, on voit la coloration rouge, avec un reflet bleuâtre de sang. Les autres bosselures, plus récentes, qui se trouvent dans la région temporale, en haut et en arrière, sont recouvertes par une peau plus épaisse. Le fer à cheval se trouve complété au bas et en arrière, vers la base de l'apophyse mastoïde, par un énorme paquet de varicosités, dans lequel on voit et on sent au doigt, très-manifestement, les inflexions et les dilatations de l'artère qui forme cette partie de la tumeur totale.

Le pavillon de l'oreille se trouve soulevé en totalité par des battements synchrônes au pouls. Lorsqu'on le saisit entre les doigts, on perçoit dans tous les points, si ce n'est au niveau du lobule, des battements et un mouvement d'expansion également synchrônes au pouls radial.

Au niveau de la partie supérieure du pavillon de l'oreille et des bosselures de la conque, on entend à l'auscultation, soit médiate, soit immédiate, un double bruit de souffle : un premier continu et assez doux, l'autre sous forme de renforcement très-marqué à chaque diastole artérielle. Plus en arrière, il est difficile de faire la différence entre les deux bruits.

La malade perçoit elle-même le bruit de souffle et en est très-gênée.

A l'époque des règles, la tumeur devient plus grosse, plus sensible à la pression et même au toucher, les battements sont plus forts et les souffles plus intenses, soit pour un observateur, soit pour la malade. Il est à remarquer qu'à ce moment les hémorrhagies se produisent plus facilement qu'à tout autre.

La peau du pavillon de l'oreille paraît plus chaude au toucher que celle de l'oreille droite. Nous avons mesuré la différence au thermomètre, à plusieurs reprises, avec toutes les précautions désirables, et nous avons toujours trouvé un degré de différence en faveur du côté malade. Ainsi, pour le côté droit 36°,8, et pour le côté gauche 37°,6.

La peau du pavillon se recouvre de croûtes brunâtres ressemblant à du cérumen sali par des produits hématiques.

Les artères qui se rendent dans le tissu morbide et qui l'alimentent de sang sont :

1° La branche externe de l'occipitale, qui se rend dans la partie

postérieure et externe de la tumeur; cette branche est très-dilatée et bat avec force;

2° L'auriculaire, qui se rend dans le pavillon de l'oreille, a également subi une augmentation énorme de volume;

3° La temporale, par sa branche postérieure, se jette directement dans l'angle antérieur et tient sous sa dépendance toute la partie supérieure du pavillon de l'oreille et toutes les bosselures qui se trouvent au niveau de l'arcade zygomatique.

Lorsque l'on comprime fortement l'occipitale et la carotide externe, on fait cesser les battements en masse de la tumeur; les mouvements d'expansion disparaissent, et la malade cesse de percevoir les bruits de souffle. La tumeur pâlit, devient plus flasque et ridée, et si alors on presse sur les bosselures les plus volumineuses, on voit qu'elles ont perdu de leur tension intérieure; la tumeur devient alors réductible, et l'on peut examiner le plan osseux sous-jacent que l'on trouve sain, et s'assurer également qu'il n'existe en aucun point de la tumeur des concrétions sanguines.

6 avril. — L'époque menstruelle est annoncée par des phénomènes de turgidité et d'hypéresthésie du côté de l'oreille.

13 avril. — La turgescence vasculaire est si marquée vers la fin de l'époque, qu'il se fait une hémorrhagie au niveau de la conque. Elle est arrêtée à l'aide de la compression faite avec de l'amidon.

15 avril. — Première injection de cinq gouttes de perchlorure de fer (à 20° environ) dans le lobule antérieur et supérieur de la tumeur.

Le lendemain, la bosselure a diminué de volume, mais on y retrouve des battements. On avait préalablement comprimé l'occipitale et la carotide externe pour diminuer le cours du sang. Cette précaution a été prise avant chaque injection.

17 avril. — Deuxième injection : 6 gouttes à la partie supérieure et postérieure de la tumeur.

Au bout de six minutes, le lobule est devenu dur, anémique, et est complétement solidifié au bout de dix minutes; les battements y ont disparu et sont également diminués dans la partie de la tumeur qui est au-dessous. Les jours suivants, on s'aperçoit que la solidification a marché en bas vers le tronc de l'occipitale, de elle sorte que le sang qu'apportait cette branche artérielle n'arrive plus à la tumeur.

22 avril. — Troisième injection de 6 gouttes dans le lobule antérieur, où l'on avait tenté à peu près infructueusement la première injection. Vive douleur au moment où le perchlorure de fer pénètre

dans le vaisseau. La tumeur pâlit rapidement, se durcit. Il se forme une eschare superficielle. Le lendemain, œdème de la moitié de la face, très-marqué surtout sous la paupière.

23 avril. — Quatrième injection dans la partie de la tumeur avoisinante et formée par la partie ascendante de l'hélix. Solidification de la sortie et arrêt des battements. Les coagulations s'étendent dans le voisinage, et, le soir, les bosselures qui se trouvent entre le tragus et l'attache du pavillon de l'oreille sont solides.

24 avril. — Les injections coup sur coup ont produit un peu d'œdème collatéral, et les mouvements de déglutition deviennent douloureux.

28 avril. — L'œdème est tombé ; toutes les parties de la tumeur qui se trouvent en dehors du pavillon sont oblitérées et ne battent plus.

29 avril. — En nettoyant le pavillon, on essaye d'enlever un caillot recouvert de croûtes, se trouvant dans l'intérieur de la conque. Jet de sang très-violent.

Cinquième et sixième injections faites coup sur coup dans le pavillon et de façon à circonscrire les grosses bosselures, qui donnent lieu à l'hémorrhagie, coagulation dans la partie supérieure. On arrête l'écoulement de sang par un petit tampon imbibé de perchlorure de fer.

1er mai. — Septième injection dans la partie supérieure et antérieure du pavillon à l'origine de l'hélix dans la conque. Durcissement de cette partie et disparition des battements.

3 mai. — Huitième injection de 6 gouttes au niveau de l'attache du pavillon avec la région mastoïdienne, où l'on trouve des battements très-violents sous la dépendance de l'auriculaire. Arrêt rapide des battements.

4 mai. — L'oreille est très-gonflée et œdémateuse ; dans presque toutes ses parties il n'y a plus de battements; on ne les retrouve distinctement qu'en bas, au voisinage du lobule. Engorgement douloureux des ganglions cervicaux.

6 mai. — L'œdème a diminué ; on peut s'assurer qu'il existe des battements assez faibles, il est vrai, à la partie supérieure de la circonférence du pavillon, dans la partie avoisinante de la tempe. Une neuvième injection durcit rapidement cette partie et fait disparaître les battements. Le soir, on s'aperçoit même qu'il y a formation d'une petite eschare cutanée.

10 mai. — Dixième et onzième injections, chacune de 6 gouttes. La première, dans la cavité de la conque et amenant l'oblitération

des bosselures de cette partie; la deuxième, dans la partie qu unit le lobule à la terminaison de l'hélix et de l'anthélix, point où l'on trouve une artère volumineuse, qui seule entretient les battements et les soulèvements de la partie avoisinante du pavillon de l'oreille.

Cette injection réussit et amène des coagulations très-étendues jusque dans la cavité de la conque. Douleur très-vive pendant l'injection et persistant jusqu'au soir.

Cette injection est suivie d'un gonflement œdémateux considérable du côté correspondant de la face et du pavillon de l'oreille. Les ganglions cervicaux les plus élevés soit en avant soit en arrière du sterno-mastoïdien deviennent très-volumineux et très-douloureux et amènent une gêne assez considérable de la déglutition.

13 mai. — Cataplasme de fécule et onction mercurielle sur les ganglions. Le soir, hémorrhagie peu grave partant de l'attache supérieure et antérieure du pavillon de l'oreille vers l'arcade zygomatique. Cette perte de sang est arrêtée par un bourdonnet de charpie imbibée de perchlorure de fer. Ce bourdonnet s'est détaché de lui-même environ un mois après, laissant au-dessous de lui une surface cicatrisée.

14 mai. — En défaisant le pansement, hémorrhagie avec jet assez fort, partant de la face postérieure du pavillon de l'oreille, en bas et en arrière. On l'arrête avec du perchlorure de fer et de l'amadou.

17 mai. — Au niveau du point d'où était partie l'hémorrhagie précédente, tendance à la suppuration. Issue d'un caillot ramolli ; mais le soir, par ce même point, il se produit brusquement un jet de sang très-violent et de la grosseur du petit doigt. On l'arrête en comprimant avec le doigt le point ulcéré. Application de bourdonnets imbibés de perchlorure de fer et d'un bandage compressif. La perte de sang peut être évaluée de 400 à 500 grammes. Frisson assez intense, une heure environ après que l'hémorrhagie a été arrêtée.

18 mai. — On défait le pansement qui avait été fixé avec du diachylon. On comprime la carotide primitive, et, pendant ce temps, on éteint quatre cautères chauffés à blanc dans le point qui donne lieu à l'hémorrhagie. Comme la perte de sang n'est pas complétement arrêtée, nouvelle application d'un tampon de charpie imbibé de perchlorure de fer. Nouvelle application d'un bandage compressif le soir. La face est un peu œdémateuse, surtout à gauche.

19 mai. — L'œdème de la face a notablement augmenté, la voix

a perdu son timbre normal, et la respiration est un peu gênée. On défait la partie du bandage qu'on supposait gêner cette fonction ; mais, presque immédiatement après, nouvelle hémorrhagie qui oblige à rétablir la compression dans toute sa rigueur, en ayant soin de faire porter les bandes sur le menton et non sur le cou. Le soir, l'œdème a considérablement augmenté et la gêne de la respiration est plus grande que le matin. La voix est éteinte ; difficulté de la déglutition des liquides.

20 mai. — Les signes d'œdème périglottiques se sont présentés dans le courant de la nuit, mais ils ont disparu rapidement.

Dans la nuit, nouvelle hémorrhagie sur le même point. On l'arrête facilement.

21 mai. — Compression digitale toute la journée et jusqu'à 11 heures du soir. Le lendemain matin, on reprend la compression digitale ; mais, dans l'après-midi, il se produit une nouvelle hémorrhagie, partant alors directement du pavillon de l'oreille. Le soir, on peut appliquer un appareil construit par M. Collin, présentant une pelote convexe d'avant en arrière, concave de haut en bas, qui embrasse l'attache du pavillon de l'oreille et exerce une compression assez efficace.

23 mai. L'appareil tient très-bien en place.

27 mai. — Nouvelle hémorrhagie. On défait l'appareil et tout le pansement. Le jet part du pavillon en un point qui correspondrait à l'extrémité inférieure de l'hélix ; on l'arrête facilement avec le doigt. On peut s'assurer que la plaie qui avait donné lieu à de si redoutables hémorrhagies était en pleine suppuration, se couvrait de bourgeons charnus et ne laissait plus suinter de sang. Pour être maître de l'hémorrhagie, il suffit de remettre le pansement, en faisant repousser en avant et en haut le pavillon de l'oreille sur la pelote de l'appareil. A partir de ce moment, la tendance hémorrhagique a pu être considérée comme vaincue.

Le 1er et le 6 juin, il s'est écoulé seulement quelques gouttes de sang. Comme l'appareil amène quelques plaques de gangrène cutanée sur le front, on se décide à l'enlever et à appliquer un pansement à l'ouate, qui fait une bonne compression.

Sous l'influence de ce pansement, les parties ulcérées se recouvrent de bourgeons charnus, le gonflement de l'oreille tombe et la malade reprend courage.

13 juin. — Très-petite hémorrhagie. On cesse le pansement ouaté et on emploie le pansement à l'alcool.

20 juin. — Le pavillon de l'oreille est dans l'état suivant : il a

diminué de moitié, peut-être non en dimension verticale et transversale, mais du moins en épaisseur. Toutes les parties érectiles qui se trouvaient en dehors du pavillon sont guéries, affaissées et recouvertes de bourgeons charnus dans les points où il y a eu une gangrène superficielle. Un certain nombre de ces points sont même cicatrisés. Toute la moitié supérieure du pavillon de l'oreille est dure, lisse, ne bat plus et ne présente aucun mouvement d'expansion, et peut être considérée comme absolument guérie.

La cavité de la conque est déformée, mais on n'y retrouve ni battements ni expansion. Le pavillon de l'oreille n'est plus soulevé en totalité comme autrefois, et l'on voit bien manifestement que les battements désordonnés de la carotide ne se propagent pas à l'oreille.

La malade cependant prétend entendre des bruits de souffle, comme avant, un peu affaiblis seulement.

Ils n'auraient disparu complétement, dit-elle, et seulement pendant quelques heures, qu'après les deux injections faites dans les bosselures de la cavité de la conque. En résumé, on a une guérison de l'anévrysme aussi complète qu'on peut la désirer.

21 juin. — Embarras gastrique. Les parties ulcérées sont recouvertes de très-beaux bourgeons charnus.

22 juin. — Vomissements dans la journée et frissons.

23 juin. — Les vomissements continuent. Rien ne peut les arrêter, d'abord. Glace et eau de Seltz, vésicatoire à l'épigastre, potion de Rivière. Grâce à ces moyens, les vomissements s'arrêtent le soir. Aucune modification des plaies, qui restent en bon état. On trouve quelques points où un peu de pus séjourne. On débride ces points.

Les 24 et 25 juin. — Les frissons erratiques et irréguliers continuent. Rien du côté du foie, rien du côté du cœur et de la poitrine. Pendant ces deux jours, la malade a fait des efforts pour vomir et a eu quelques hoquets.

26 juin. — Aggravation des phénomènes; peau chaude et fièvre persistante. Embarras de la parole ; côté droit de la face un peu tombant; côté gauche un peu contracturé. Par moments convulsions cloniques des muscles de la face. Délire la nuit ; subdélire le matin. Rien dans les pupilles. Soubresauts des tendons; langue humide, mais tremblante.

La malade succombe le 29 juin.

Autopsie faite le 3 juin. — On pousse une injection solidifiable dans les carotides. Cette injection est suffisante. On s'assure que la

carotide primitive gauche est environ d'un tiers plus volumineuse que la droite.

Disséquant alors la peau du cuir chevelu et la rabattant en avant avec le pavillon de l'oreille, en rasant les os, on voit que cette partie du squelette ne présente aucune dépression au niveau du point où avaient existé des dilatations vasculaires.

On peut, par ce procédé, rejoindre la carotide externe et suivre de là toutes les artères qui arrivent dans le pavillon de l'oreille ou dans les parties avoisinantes. On en trouve trois :

L'occipitale, dont le tronc est très-volumineux. Sa branche externe de terminaison qui se rendait dans des bosselures situées à la base de l'apophyse mastoïde est oblitérée dans la moitié de son trajet, et une branche qui réunissait ces bosselures sorties de l'auriculaire est également rétractée et remplacée par un cordon fibreux et dur.

L'artère temporale est volumineuse à son origine ; mais sa branche postérieure est trouvée oblitérée, presque immédiatement après son émergence, par un caillot ancien, et le cordon-fibroïde qui remplace cette branche artérielle conduit dans la partie antérieure et supérieure du pavillon de l'oreille. Elle fournit, avant d'être oblitérée, une petite branche artérielle flexueuse qui contourne la partie antérieure du conduit auditif externe et se termine dans l'origine de l'hélix.

L'artère auriculaire postérieure, au moins quadruplée de volume, contourne en bas le conduit auditif externe, et est celle qui a le moins subi l'action des injections coagulantes. Elle se divise, en bas du conduit auditif, en trois ou quatre branches volumineuses très-flexueuses, pelotonnées les unes sur les autres. Elles forment un paquet variqueux correspondant au fond de la cavité de la conque, mais situé profondément. Les autres branches de l'auriculaire qui se rendaient aux dilatations situées au niveau de l'attache du pavillon de l'oreille se terminent en cul-de-sac lorsqu'on arrive dans le voisinage immédiat des surfaces suppurantes qui les ont remplacées.

En résumé, en dehors de la conque et du pourtour du conduit auditif, on ne retrouve aucune branche artérielle un peu volumineuse.

Cavité crânienne. — A la face interne de la dure-mère, dans la fosse temporo-pariétale gauche, néo-membranes récentes encore peu vasculaires et qu'on enlève très-facilement. On n'en retrouve

pas dans d'autres points. Rien dans les sinus; la dure-mère se décolle facilement des os; mais rien de particulier au niveau du rocher gauche. Les os sont peut-être un peu plus friables, plus secs et plus décolorés. On ne trouve rien de particulier dans l'encéphale.

Cavité thoracique. — Rien à noter. Un peu de couleur hypostatique à droite. Pas d'infarctus. Rien dans le cœur.

Foie très-volumineux contenant un grand nombre d'abcès métastatiques disséminés dans son intérieur et apparaissant à la superficie.

La *rate* est plus volumineuse qu'à l'état normal. On ne trouve rien de particulier dans les autres organes.

Examen microscopique. — L'artère, examinée, était une branche de l'auriculaire postérieure; comparée à celle d'un sujet sain, elle offrait une épaisseur et un volume trois fois plus considérables. La paroi interne détruite par une injection solidifiable, n'offrait rien d'anormal, au moins dans ses couches excentriques.

La couche moyenne, considérablement épaissie (1 centimètre), se composait de fibres musculaires lisses, disposées transversalement, séparées par quelques rares fibres élastiques. Autour des noyaux des fibres musculaires, on remarquait quelquefois des granulations graisseuses. La tunique adventive ou externe n'offrait rien d'anormal; on y voyait beaucoup de nerfs, ce qui est en rapport avec la richesse musculaire de la tunique moyenne.

L'artère, prise au même point sur un sujet sain, offrait aussi les mêmes détails de structure, sauf les granulations graisseuses. En résumé, il y avait là des phénomènes d'hyperplasie avec tendance à la répression. (Laboratoire d'histologie du Collége de France.)

M. GIRALDÈS. A quel degré était employé le perchlorure de fer?

M. LABBÉ. Du perchlorure de fer à 30 degrés mêlé à parties égales avec l'eau.

M. GIRALDÈS. Il eût mieux valu employer le perchlorure de fer pur. Le perchlorure de fer dilué ne produit pas les mêmes effets que le perchlorure à 30 degrés et il a des inconvénients.

5 gouttes de perchlorure de fer à 30 degrés injectées dans la carotide du cheval, produisent un caillot chimique adhérent et une virole plastique dans la tunique adventive du vaisseau. Si l'on emploie du perchlorure de fer à 20 degrés, on produit un caillot mou, mêlé à des gouttes de perchlorure de fer. Ce caillot résiste peu à l'ondée sanguine et il peut produire des embolies.

Les injections de perchlorure de fer diluées lorsqu'elles passent dans le tissu cellulaire causent des inflammations et des eschares, et le tout est suivi d'hémorrhagies graves; c'est ce qui a lieu pour plusieurs injections dans l'observation de M. Labbé. Peut-être aurait-il été nécessaire d'éloigner les injections et de ne point les faire trop rapprochées les unes des autres.

M. LABBÉ. L'état de la malade était si grave, qu'il fallait qu'on fît quelque chose. Maintenant, je prierai M. Giraldès de me dire à quelle dose je devais employer le perchlorure de fer pour que je fusse à l'abri des accidents.

M. GIRALDÈS. Je répondrai en rappelant les expériences que j'ai faites après les propositions de Pravaz. Le perchlorure de fer à 45 degrés proposé par ce chirurgien avait été critiqué par Malgaigne à l'Académie de médecine. J'ai fait alors des expériences à Alfort sur les chevaux. J'ai vu que 5 gouttes de perchlorure de fer à 45 degrés injectées dans la carotide d'un cheval causaient une cautérisation de la paroi interne du vaisseau; la même quantité de perchlorure de fer à 30 degrés injectée donnait un caillot adhérent très-étendu dans le bout périphérique de l'artère; la même dose de perchlorure de fer à 20 degrés causait un caillot mou, facile à déplacer, et contenant dans son intérieur des gouttelettes de perchlorure de fer. C'est donc la solution de perchlorure de fer à 30 degrés qui est la meilleure.

J'ajoute que, dans des anévrysmes et des tumeurs érectiles, j'ai employé cette solution et j'ai obtenu de bons résultats. Si j'avais à faire des injections dans un anévrysme cirsoïde, dans des artères du volume de l'artère occipitale, je ferais des injections de 2 gouttes de perchlorure de fer à 30 degrés.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

Brise-pierre à mouvement latéral. — M. LANNELONGUE présente, de la part de l'auteur, M. Amussat, un brise-pierre à mouvement de latéralité, différent de celui de Vinci en ce que le mouvement latéral est obtenu par un cliquet au lieu d'être obtenu par un mouvement de vis.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1872.

Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Lyon médical*; — le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*; — la *Gazette médicale de Strasbourg*.

M. GIRALDÈS offre à la Société : *Calendar, annuaire du collége royal des chirurgiens de Londres*.

M. PERRIN offre à la Société, de la part des auteurs, MM. Gaujot et Spielmann, leur ouvrage intitulé *Arsenal de la chirurgie contemporaine*.

M. DUPLAY dépose sur le bureau une note manuscrite intitulée *Note sur le traitement des fractures de cuisse chez les enfants nouveau-nés*. (Rapporteur, M. Guéniot.)

PRIX LABORIE. — La Société, consultée, décide qu'un mémoire expédié de Saint-Quentin à la date du 31 octobre, et arrivé à la Société en retard par suite de diverses péripéties non imputables à l'auteur, sera compris parmi les travaux admis au concours. Ce travail est intitulé *De l'énucléation du cristallin dans l'opération de la cataracte capsulo-lenticulaire*.

Ce travail est accompagné d'un pli cacheté avec cette épigraphe : « La sagesse dans les sciences consiste à n'adopter des grands maîtres que ce que la raison et l'expérience démontrent. »

MOTION D'ORDRE

M. LE PRÉSIDENT propose à la Société de décider qu'elle tiendra séance le jeudi 26 décembre pour remplacer la séance du mercredi 25, qui tombe le jour de Noël. (La Société adopte.)

ÉLECTION

M. TRÉLAT prie un collègue de vouloir bien le remplacer à la commission du prix Duval.

La Société est appelée à élire un nouveau membre pour cette commission. M. Marjolin est élu à l'unanimité de suffrages, moins une voix accordée à M. Paulet.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. GIRALDÈS met sous les yeux de la Société les dessins coloriés qui ont été exécutés pour reproduire les expériences qu'il a faites autrefois sur les chevaux, et dont il a entretenu la Société dans la dernière séance.

RAPPORTS

Kystes des mâchoires. — M. TILLAUX. Une commission composée de MM. Germain, Duplay et Tillaux, rapporteur, a été chargée de vous rendre compte d'un travail de M. le docteur Magitot, intitulé *De la pathogénie des kystes des mâchoires.*

M. Magitot a voulu démontrer que l'évolution de tous les kystes des mâchoires se rattache au système dentaire. Pour arriver à ce but, M. Magitot a employé deux méthodes : la première a consisté dans l'examen et la critique de tous les faits qu'il a pu recueillir dans la science sur la question, en France et à l'étranger.

M. Magitot est parvenu à rassembler un total imposant de cent observations, dont un bon nombre s'appuient sur des pièces anatomo-pathologiques qui figurent dans diverses musées, ceux de Paris et de Londres en particulier.

Le deuxième mode de recherches que M. Magitot a mis en œuvre, a consisté dans l'étude et la détermination attentives de *huit* observations inédites, dans lesquelles le processus pathologique, les conditions anatomiques et les détails histologiques, sont devenus d'importants éléments de démonstration.

Plusieurs auteurs avaient déjà tenté d'établir le mécanisme de production de cette lésion. M. Forget, par exemple, dès 1840, avait admis l'intervention dentaire dans la production d'un certain nombre de kystes, et le terme *d'alvéolo-dentaire* par lequel il le désigne a été depuis lors assez généralement adopté. M. Guibout, de son

côté, avait, en 1847, soupçonné que quelques poches kystiques avaient pour siége le follicule dentaire lui-même.

Dans son mémoire, M. Magitot, s'appuyant sur des travaux antérieurs d'embryogénie dont les plus importants lui sont communs avec M. Robin, cherche à établir une doctrine d'un caractère plus exclusif et plus absolu. Il affirme que tous les kystes des mâchoires sont dus à une condition particulière du système dentaire. Or, comme ce système parcourt dans son évolution deux phases : la phase *embryonnaire* ou *folliculaire* et la *phase adulte*, de même les kystes des mâchoires appartiennent tantôt au follicule dont le sac devient le centre de la néoformation, tantôt à l'organe entièrement développé et adulte, et c'est alors le périoste lui-même qui, soulevé par le liquide pathologique, devient le sac kystique. Acceptant la classification de M. Broca, M. Magitot désigne les premières sous le nom de *kystes progènes* des mâchoires, le sac préexistant à la production morbide, les seconds sous le terme de *kystes néogènes*, le périoste qui recouvre exactement la surface radiculaire de la dent ne pouvant pas permettre, suivant lui, l'assimilation à une cavité préalable. M. Magitot donne encore aux premiers le nom de *kystes folliculaires*, et aux seconds celui de *kystes périostiques*.

La pathogénie des *kystes folliculaires* repose sur des troubles de nutrition qui amènent dans l'intérieur de la follicule dentaire la production d'un liquide de densité et de nature variables. Une première distinction relativement au siége de ces kystes conduit à les diviser en *kystes à siège normal* lorsque le follicule affecté conserve sa position primitive, et *kystes hétérotopiques* si le follicule a subi un déplacement ou une anomalie de siége.

La production pathologique, dans les deux cas, s'accompagne, dès son début, soit d'un arrêt complet dans l'évolution des organes intrafolliculaires, soit de phénomènes divers.

Or, de même que les odontomes, si bien étudiés par M. Broca, suivant la période de l'évolution folliculaire à laquelle correspond leur début, varient dans leur constitution, de même les kystes folliculaires se distinguent, suivant cette même époque de leur début, en :

1° *Kystes folliculaires de la période embryoplastique* avec ou sans masses fibreuses ou fibro-celluleuses représentant les débris des organes folliculaires, et principalement du bulbe;

2° *Kystes folliculaires de la période odonto-plastique* avec plaques en grains dentissaires, libres ou adhérents;

3° *Kystes folliculaires de la période coronaire*, c'est-à-dire contenant

une ou plusieurs couronnes dentaires, normales ou atrophiques mais complétement formée histologiquement.

M. Magitot aborde ensuite la pathogénie de la seconde classe de kystes, les kystes périostiques.

Pour ceux-là, ce n'est plus un trouble d'évolution qui leur donne naissance, mais un état pathologique de l'organe dentaire : périostite simple, spontanée ou consécutive à d'autres lésions : traumatisme, etc. Dans tous ces cas, le périoste dentaire est soulevé par une production de liquide sécrété à sa face profonde. Le liquide est séreux ou visqueux, parfois sanguinolent ou purulent. L'alvéole, distendue, refoule le tissu osseux ambiant, et la tumeur vient faire saillie sous la peau de la face, soit dans la cavité buccale, avec un volume qui peut atteindre celui d'une orange, du poing ou même d'une tête d'enfant.

Tels sont les deux processus auxquels se rattachent invariablement tous les kystes des mâchoires, d'après M. Magitot. Nous acceptons volontiers, messieurs, les opinions de l'auteur. Elles nous ont paru bien exposées, bien défendues, et nous n'y trouvons à faire aucune objection sérieuse. M. Magitot a tenté de tirer de ses études étiologiques une conclusion pratique. Il déclare qu'on ne devra plus jamais pratiquer de résection des maxillaires pour des kystes de ces os. On devra seulement, dit-il, ouvrir la poche, la vider de son contenu, et faciliter la rétraction de la lame osseuse repoussée par le produit morbide. C'est là, je pense, la pratique que suivent tous les chirurgiens, quand ils le peuvent. Mais il est des cas où l'os est tellement détruit qu'une résection partielle ou totale constituera toujours le seul mode de traitement rationnel et efficace.

Je vous propose, messieurs :

1° D'adresser des remercîments à M. le docteur Magitot pour sa très-intéressante communication;

2° De renvoyer son travail au comité de publication;

3° D'inscrire son nom parmi les candidats à la place de membre titulaire de notre Société (Adopté).

M. GIRALDÈS. M. Tillaux n'a critiqué que la conclusion chirurgicale ; il aurait pu, je pense, pousser la critique plus loin. Depuis Natalis Guillot, M. Magitot et Robin, Valdmeyer, on a rattaché les kystes des mâchoires à une altération du follicule dentaire. Mais ces kystes, qui occupent surtout la mâchoire inférieure, ne représentent pas tous une seule et même chose. Ce n'est pas toujours un kyste à contenu filant ; quelquefois ce kyste est multiloculaire. Il y

a à Londres, à Saint-Georges-Hospital, un bel exemple de ce genre. La tumeur était dans l'épaisseur de la mâchoire, et il avait fallu enlever le maxillaire. A University-Collége, il y a des pièces analogues que j'ai étudiées. Les Irlandais ont produit des faits de kystes avec dilatation des os. On a fait l'évidement, râclé la surface interne du kyste, et ceux-ci se sont reproduits. Il y a donc autre chose que des kystes dus au trouble de l'évolution dentaire.

M. Magitot a laissé de côté des travaux où l'opinion que j'émets a été défendue, tout en admettant qu'il y ait des kystes ayant pour origine une maladie du follicule dentaire. Il ne faut pas méconnaître qu'il y a des kystes provenant d'une autre source, et il faut faire des réserves, et c'est pour cela que je regrette que M. Tillaux n'ait pas poussé plus loin la critique.

M. TILLAUX. Je n'ai pas d'objection à faire à la théorie proposée par M. Magitot ; que d'autres auteurs pensent le contraire, je n'y fais point obstacle. J'ai vu deux cas où il me paraissait que le kyste avait pour origine le follicule dentaire. Quant aux kystes multiloculaires, ils ne sont pas inexplicables avec la théorie ; car il y a des follicules multiples, et, d'ailleurs, un cloisonnement peut se produire dans un kyste primitivement uniloculaire. Dire que je suis absolument convaincu, ce serait aller trop loin ; seulement, je dis que je n'ai aucune objection à faire aux preuves fournies par M. Magitot.

M. GIRALDÈS. Je ne reproche rien à M. Tillaux. Je souhaitais seulement qu'il critiquât la théorie.

Les dentistes anglais ont parlé des kystes dentaires bien avant M. Forget ; les faits sont donc depuis longtemps connus à cet égard. Goodsir, Paget, Fergusson, ont vu de leur côté des kystes multiloculaires développés dans l'os, que l'évidement et le grattage ne guérissaient point et qui se reproduisaient. L'évolution de ces kystes est autre que celle des kystes dentaires ; d'autres éléments que le follicule dentaire concourent à les produire. La maladie kystique des mâchoires ne saurait être rattachée à une seule origine, et j'aime mieux rester dans le doute sur l'origine de quelques-uns, que de les rattacher tous à la même cause. D'ailleurs, la théorie n'appartient pas à M. Magitot ; il a mieux étudié la question, et surtout les kystes folliculaires, mais la théorie était connue.

M. TILLAUX. Je ne saisis pas bien en quoi il est préférable de dire qu'il y a des maladies kystiques des mâchoires de cause inconnue, que de les rattacher à une altération des follicules dentaires, ce que fait M. Magitot, et cela me paraît satisfaisant.

M. Giraldès nous objecte que la reproduction des kystes et leurs loges multiples sont contraires à la nature des kystes dentaires, mais ce n'est point là une preuve que les kystes ne sont point partis d'un follicule. Les kystes les plus variés de l'ovaire n'en sont pas moins nés dans l'ovaire, et je trouve que les raisons de M. Giraldès ne détruisent pas celles de M. Magitot.

M. GIRALDÈS. Paget a appelé les kystes de la mâchoire maladie kystique. Je me contente de cette expression vague plutôt que d'accepter une théorie qui n'est point prouvée. Il y a des kystes qui sont constitués par tout l'os. M. Magitot dit : Tel kyste s'est dévéveloppé à telle époque ; c'est tel élément qui le constitue. Tout cela est très-bien, mais il y a des kystes qui ne s'expliquent pas.

M. TILLAUX. M. Magitot a admis des kystes provenant d'une autre origine que le follicule dentaire, puisqu'il en fait provenir un certain nombre du périoste de l'alvéole.

M. VERNEUIL. M. Magitot a raison et M. Giraldès n'a pas tort. Il y a des kystes multiloculaires de l'os maxillaire inférieur qui ne viennent ni du follicule dentaire ni du périoste. J'en ai vu, mais ce ne sont point à proprement parler des kystes, bien qu'il y ait dans une poche principale des kystes en grand nombre ; mais il y a des éléments fibro-plastiques, et la tumeur est un sarcome kystique ; et ce sont ces faits qui donnent raison à M. Giraldès. Mais les kystes uniloculaires ou peu cloisonnés qu'on a observés, donnent pleinement raison à M. Magitot, et, grâce aux données que l'on possède aujourd'hui, on peut faire sur le vivant le diagnostic anatomique de la lésion.

Plaie de la vessie. — M PERRIN donne l'analyse de l'observation suivante du docteur Thouvenin de Vezelize, et conclut au renvoi au comité de publication. (Adopté.)

M..., serrurier, âgé de 50 ans, d'une bonne santé habituelle, grand buveur d'eau-de-vie, était monté sur une échelle pliante pour poser des ferrements au haut d'une fenêtre, lorsque l'échelle a glissé en s'ouvrant sur le parquet, et il est tombé de manière à être empalé par le pied d'une chaise retournée sur une autre chaise.

Le sphincter de l'anus a été déchiré, et le pied de la chaise s'est enfoncé de manière à pénétrer recouvert d'un morceau de pantalon, enlevé comme à l'emporte-pièce, jusque dans la vessie.

M... a été porté dans son lit, sans que la présence d'un morceau de drap dans sa vessie ait été le moins du monde soupçonné.

Les soins ont consisté dans la position élevée du siége et le rapprochement des lèvres de la plaie, qui était constamment baignée d'urine; puis des lavages répétés avec de l'eau pure ou légèrement chlorurée.

Une sonde, introduite le premier jour dans le canal de l'urètbre, pénétrait tantôt dans la vessie, tantôt dans le rectum à travers la plaie.

J'avais essayé de laisser séjourner une sonde dans la vessie, mais au bout de très-peu de temps, 24 heures à peine, elle avait créé une uréthrite très-douloureuse, accompagnée d'une légère suppuration; j'ai enlevé la sonde qui, du reste, n'empêchait pas l'urine de passer en totalité par le rectum.

En introduisant la sonde dans le canal, j'avais déterminé une contraction énergique de la vessie, de sorte qu'un jet assez considérable d'urine avait été projeté avec force et en assez grande quantité par l'anus. Et j'en fus d'autant plus surpris, que je pensais qu'avec une plaie aussi large il ne devait presque plus rester d'urine dans la vessie.

Dans la suite, j'ai essayé plusieurs fois de provoquer de nouveau ces contractions en introduisant une sonde à quelques centimètres seulement dans le canal, et cela m'a réussi. Je pensais, en agissant ainsi, mettre la plaie dans de meilleures conditions, parce qu'elle me semblait pour un instant moins chargée d'urine.

Vers dix jours après l'accident, un peu d'urine a commencé à passer par le canal, puis, peu à peu, une plus grande quantité, et enfin, après deux mois de traitement, l'urine passait en totalité par le canal, lorsqu'un jour mon malade s'est trouvé brusquement dans l'impossibilité d'uriner. Je l'ai sondé, et sans avoir éprouvé la moindre sensation de la rencontre d'un obstacle, sans même, je crois, avoir introduit la sonde jusque dans la vessie, l'urine est venue et est sortie à plein jet.

Cette impossibilité subite d'uriner s'était présentée trois ou quatre fois encore dans l'espace de cinq ou six jours, et avait toujours fini par céder après quelques tentatives pour uriner, ou avec la sonde, lorsque, dans la nuit du 28 au 29 avril, après plusieurs heures d'effort et de souffrance, une sorte de bouchon a été projeté violemment du canal et a délivré le malade pour l'avenir.

Ce bouchon, ramassé et déroulé, était très-facile à reconnaître; c'était un morceau de drap de 6 ou 7 centimètres carrés, qui avait été enlevé du fond de la culotte de M... pendant sa chute, et avait pénétré dans la vessie avec le pied de la chaise. Ce morceau, rap-

proché du pantalon, représentait *très-exactement la partie manquante.*

COMMUNICATION

Injections de silicate de soude dans la vessie contre l'état ammoniacal des urines. — M. DUBRUEIL. Les recherches de M. Dumas, celles de Rabuteau et de Papillon, ont établi que certains sels de soude, le borate et le silicate entre autres, jouissent de la propriété d'empêcher le développement des phénomènes de fermentation. Ces derniers chimistes ont constaté qu'un gramme de silicate de soude, mis dans cent grammes d'urine, empêchait cette dernière de subir la fermentation ammoniacale, fermentation qui résulte de la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque.

Tous les chirurgiens savent que chez les malades atteints de dysurie, et chez lesquels l'urine séjourne longtemps dans la vessie, il arrive souvent qu'elle présente, lors de son évacuation, une réaction alcaline et une odeur fortement ammoniacale due à la présence du carbonate d'ammoniaque, sel qui ne peut qu'exercer une action fâcheuse sur la muqueuse vésicale.

J'ai voulu voir si les choses se passeraient dans la vessie comme elles se passent dans une éprouvette, et si le silicate de soude injecté dans la vessie d'un malade atteint de dysurie empêcherait la fermentation ammoniacale. J'ai expérimenté sur un vieillard atteint d'hypertrophie de la prostate, dont les urines, mêlées de muco-pus, exhalaient une odeur ammoniacale des plus désagréables. Des injections vésicales avec de l'eau alcoolisée, de l'eau phéniquée avaient sans succès été mises en pratique.

J'ai eu recours au silicate de soude; j'injectai cent cinquante grammes environ d'une solution au centième de silicate de soude, en recommandant au malade de la garder dans la vessie le plus longtemps possible.

Sous l'influence de cette médication, renouvelée tous les jours, les urines sont devenues limpides et ont perdu leur alcalinité ainsi que leur mauvaise odeur.

M. DOLBEAU. Je demanderai à M. Dubrueil de donner une observation complète, car avec les lavages et les évacuations répétées de l'urine, on prévient l'alcalinité de l'urine dans la vessie.

M. DUBRUEIL. C'est parce que ces moyens classiques avaient été employés que j'ai eu recours aux injections de silicate de soude.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Luxation de l'épaule avec fracture du grand trochanter de l'humérus. — M. DUBREUIL. La pièce que je présente est une luxation intra-coracoïdienne de l'épaule, compliquée d'une fracture du grand trochanter de l'humérus. Le grand trochanter était placé dans la cavité glénoïde, ce qui gênait singulièrement le diagnostic.

La malade a succombé à une embolie de l'artère pulmonaire partie de la veine axillaire, du côté de la luxation.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1872.

Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux ;* — l'*Union médicale ;* — la *Gazette hebdomadaire ;* — le *Bulletin général de thérapeutique ;* — le *Bordeaux médical ;* — le deuxième fascicule du tome VII de l'*Académie royale de Belgique*, comprenant les mémoires des concours et savants étrangers. Ce fascicule est entièrement consacré à un très-important travail de M. Louis Gallez ; ce mémoire est intitulé *Histoire des kystes de l'ovaire, envisagée surtout au point de vue du diagnostic et du traitement.*

M. LARREY fait hommage d'un nouvel ouvrage intitulé *Nouve abrégé des éléments de physiologie*, par Toussaint Martin.

M. DEMARQUAY fait hommage d'un ouvrage intitulé *Maladie des ovaires, leur diagnostic et leur traitement*, par T. Spencer Wells.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. FORGET. M. Giraldès a cité, dans la dernière séance, des dentistes anglais qui auraient parlé des kystes dentaires en 1841. Au moment où j'ai fait mon mémoire, ces faits n'étaient pas connus en France et je les ai décrit. Je dois dire qu'il y a déjà vingt ans, M. Guibout avait rattaché à une lésion du follicule dentaire les kystes dentaires; j'ai ajouté quelque chose et j'ai étendu la théorie en rapportant les kystes solitaires aux kystes dentaires; mais pour moi il y a des kystes multiloculaires qui existent dans la mâchoire comme dans les autres os, et si je voulais émettre ici une opinion personnelle, je dirais que je crois les kystes multiloculaires plus fréquents que les kystes dentaires.

RAPPORT

Sur l'aspiration des liquides et des gaz contenus dans la hernie étranglée. — M. DEMARQUAY, au sujet d'une observation présentée par M. le docteur Bailly, médecin à Chambly, lit le rapport suivant :

Messieurs, je me suis hâté de faire un rapport détaillé sur l'observation qui vous a été adressée par M. le docteur Bailly : 1° parce que le fait qui vous a été signalé est digne d'intérêt, et 2° parce l'aspiration des liquides et des gaz contenus dans une anse intestinale herniée et étranglée est un fait chirurgical d'un grand intérêt, qui réalise un grand progrès dans le traitement des hernies. Il est donc tout naturel que la Société de chirurgie, dans la haute position qu'elle occupe dans l'esprit du monde médical, se prononce dans une semblable question.

Comme je suis partisan de l'aspiration appliquée dans une certaine limite au traitement de la hernie étranglée, la Société ne m'en voudra point d'affirmer ma conviction. Toutefois, avant de traiter dans ses détails l'aspiration pour le traitement des hernies étranglées, je dois d'abord faire connaître le fait qui est l'occasion de ce rapport.

Le samedi 7 septembre, M. le docteur Bailly fut appelé, à dix heures du soir, près d'une dame de 58 ans, affectée depuis quarante ans d'une hernie crurale gauche, étranglée depuis le matin. Notre confrère resta deux heures près de la malade, il fit des tenta-

tives infructueuses pour réduire l'anse intestinale étranglée. Ne pouvant y parvenir, il remit au lendemain matin l'opération de la kélotomie, si la réduction était impossible sous l'influence du sommeil chloroformique.

Plusieurs tentatives faites avec sagesse ayant été infructueuses, M. Bailly, aidé d'un de ses confrères, M. Mesier de Beaumont, se mit en mesure de pratiquer l'opération de la hernie étranglée.

Le premier temps de l'opération ne présenta rien de particulier; mais le sac herniaire mis à nu, notre jeune confrère se demanda s'il ne pourrait point réduire, après avoir aspiré avec une seringue de Pravaz une certaine quantité de liquide et de gaz. L'aspiration fut répétée trois fois : M. Bailly essaya de nouveau de réduire la hernie étranglée sans plus de succès. Il ouvre alors le sac et ponctionne de nouveau l'intestin, et retire deux nouvelles seringuées de liquide et de gaz.

La distension de l'intestin ayant diminué, notre confrère pratique tout doucement le taxis et l'intestin rentre; toutefois la réduction était limitée par une adhérence de l'épiploon contenue dans la hernie avec l'intestin. Ces adhérences sont détachées délicatement, et la réduction facilement obtenue.

La malade a parfaitement guéri.

Avant de discuter le fait intéressant qui vous a été présenté et qui est un procédé important dans la méthode de l'aspiration appliquée à la réduction des hernies étranglées, il importe de voir si la méthode elle-même est bonne et si elle doit être conservée et encouragée. Quant à moi, je crois que cette pratique, née d'hier et qui a déjà donné de bons résultats, a droit à votre attention, et qu'elle doit être encouragée et recommandée dans les limites que nous indiquerons plus loin.

Elle doit être encouragée : 1° parce qu'elle est innocente. Tout le monde sait que, depuis longtemps, on a pratiqué, sur l'homme et sur les animaux, des ponctions de l'intestin grêle ou du gros intestin sans amener d'accident sérieux. J'ai souvent fait cette ponction sans avoir à me reprocher d'avoir aggravé l'état de mes malades. Souvent elles ont été inutiles; mais leur inutilité tenait à des causes générales sur lesquelles je n'ai point à insister ici. D'ailleurs, les ingénieuses et souvent heureuses applications de l'acupuncture faites autrefois par M. Cloquet prouvent que tous nos tissus sont perméables aux aiguilles aciérées, et que celles-ci n'amènent généralement aucun accident, quel que soit l'organe qui a été traversé. D'ailleurs, notre honorable président n'a-t-il point expéri-

mentalement démontré cette innocuité en montrant qu'une anse intestinale, piquée par un fin trocart aspirateur, ne laissait, à l'autopsie, sortir aucune goutte de liquide, ni un bulbe de gaz, malgré la pression exercée sur l'intestin soumis à l'expérience ;

2° Il ne suffit pas de démontrer qu'une opération est innocente, il faut encore démontrer qu'elle est utile et rationnelle. Son utilité est démontrée par la clinique. En effet, un de mes internes, M. Gérard, qui a recueilli tous les faits publiés jusqu'à ce jour (1), démontre que sur 23 faits, 13 fois elle a favorisé d'une manière incontestable la rentrée de la hernie.

Dans les 10 faits où elle a échoué, souvent l'aspiration a manqué son but ; mais on doit dire aussi que souvent elle n'a point été faite avec assez de précision.

Ces faits ne peuvent point être invoqués contre la méthode ; et d'ailleurs, fussent-ils des insuccès, ils ne pourraient point être invoqués contre l'aspiration, attendu qu'ils ont été innocents, et qu'en un mot, ils n'ont point aggravé la situation du malade. J'ajouterai que l'aspiration est rationnelle ; je n'en veux pour preuve que ce qui se passe dans le taxis suivi de succès. Qu'observe-t-on dans cette opération bien faite et suivie de succès ? Un bruit spécial qui indique que la distension de l'intestin à cessé et qu'une certaine quantité de liquide et de gaz sont restés dans l'intestin. Ce bruit particulier que font le liquide et les gaz en se déplaçant sont les signes certains de la rentrée heureuse de l'intestin.

Malheur à celui qui voudrait obtenir par le taxis la rentrée de a tumeur herniaire avant son affaissement ; il n'obtiendrait que la rentrée en masse de l'intestin et aurait singulièrement aggravé la situation du malade. La distension de l'intestin est donc une cause d'étranglement dans une certaine mesure, et quand celle-ci est arrivée à un certain point, l'intestin s'infléchit sur l'anneau qui étrangle, et devient, comme l'a montré notre éminent collègue, M. Chassaignac, une cause de section de l'intestin.

On peut d'ailleurs acquérir facilement la preuve du fait que j'avance en faisant l'expérience suivante : que l'on jette un ruban de fil sur une anse intestinale distendue par des gaz et que l'on cherche à réduire par une espèce de taxis, il est possible que la réduction soit difficile ou impossible. Que l'on pique alors l'intestin,

(1) *Sur l'aspiration appliquée au traitement des hernies étranglées.*

que l'on donne issue aux gaz, et la réduction, qui était difficile ou impossible, se fera avec facilité.

Si la distension de l'intestin est une des causes qui rendent le taxis souvent inutile, et si on peut la faire disparaître par une opération simple, facile, à la portée de tous les praticiens, il est bien évident qu'il faudra y recourir.

Mais, me dira-t-on, la distension de l'intestin par des liquides et des gaz n'est pas la seule cause qui s'oppose à la réduction des hernies ; il existe d'autres influences, d'autres raisons d'irréductibilité contre lesquelles l'aspiration ne peut absolument rien. Cela est vrai, mais les causes d'irréductibilité ne font point que l'aspiration n'ait été utile 13 fois sur 23.

Mais, dira-t-on, en pratiquant l'aspiration à travers les téguments, vous vous exposez à réduire, dans la cavité abdominale, une anse d'intestin plus ou moins malade. Ce reproche ne peut être adressé à l'aspiration elle-même, mais bien au taxis, puisque l'aspiration n'a qu'un but, celui de favoriser le taxis ; elle doit donc cesser quand celui-ci n'est plus indiqué. Il est bien évident que le champ d'application variera suivant que le chirurgien admettra ou n'admettra point le taxis forcé, et suivant qu'il sera favorable à l'opération de la kélotomie faite de bonne heure. Pour moi, qui suis contre le taxis forcé ou prolongé, il est bien évident que l'aspiration à travers les téguments se trouvera limitée dans son application, et j'ajouterai même que la modification apportée au procédé de l'aspiration, par M. Bailly, me confirme encore plus dans mon opinion sur la nécessité d'opérer de bonne heure.

Chaque année je suis appelé à pratiquer l'opération de la hernie étranglée sur plusieurs malades ayant subi des taxis forcés ou prolongés ; eh bien, je dois l'avouer, la plupart de ces malades succombent. C'est une opération souvent grave que le taxis, et qui demande une main exercée pour être conduite à bonne fin.

Mais, dira-t-on, par le taxis forcé ou prolongé on a réduit des hernies pour lesquelles la kélotomie aurait été funeste. Cela est vrai ; mais, à mon tour, je vous demanderai le chiffre des victimes du taxis, soit que la hernie ait été réduite en masse, soit que l'intestin ait été déchiré ou dépouillé de sa membrane séreuse par une opération mal faite ou prolongée outre mesure. Le taxis répété n'aurait-il que l'inconvénient de faire durer l'étranglement, qu'il serait déjà un danger ; à plus forte raison quand il est appliqué contre une de ces hernies serrées chez lesquelles, suivant le mécanisme indiqué par M. Chassaignac, l'intestin se coupe très-promp-

tement. Sans doute, un chirurgien instruit ne tombera pas dans de pareilles erreurs; il saura se défendre contre certains entraînements et même contre certains préceptes formulés par des hommes éminents. Mais la hernie est une maladie commune dans toutes les classes de la société, et le chirurgien compétent n'est point toujours appelé dans un temps opportun; son intervention n'est souvent demandée que lorsque les désordres ont été déterminés par une main inhabile.

L'aspiration appliquée à la réduction des hernies, lorsqu'elle est bien faite, ne présente point les mêmes inconvénients; elle fait disparaître un corps étranger, les gaz, et rend facile la réduction de l'intestin. C'est à tort que l'aspiration dans la hernie étranglée a été comparée à l'aspiration faite pour vider le liquide d'une hydarthrose. Dans le premier cas, vous enlevez en quelque sorte un corps étranger qui gêne les fonctions intestinales; cela fait, elles peuvent se rétablir dans leur intégrité, tandis que lorsque vous videz une articulation malade, vous n'agissez que sur un symptôme de la maladie; le liquide de l'hydarthrose enlevé, il reste la cause générale qui a produit la maladie et qui peut encore être en action, suivant l'expression de Hunter, et finalement il reste la maladie elle-même, que vous pouvez irriter et aggraver par vos piqûres, ainsi que j'en ai vu un exemple assez grave il y a quelques mois.

Si l'aspiration des liquides et des gaz peut et doit être appliquée au traitement des hernies comme moyen de rendre le taxis facile, quand doit-elle être appliquée?

A cela je répondrai : le plus tôt possible, aussitôt que le chirurgien a constaté que le taxis, précédé du sommeil chloroformique, est impuissant à réduire une hernie; il devra procéder à l'aspiration des liquides et des gaz contenus dans l'intestin, et cela fait, essayer de réduire la hernie. Souvent par cette pratique il réussira, et quand il n'aura point réussi, il se mettra en mesure de pratiquer la kélotomie. L'aspiration des liquides et des gaz à travers les téguments est donc la compagne obligée du taxis; elle est indiquée tant que celui-ci est indiqué et cesse de l'être avec lui. Mais nous avons vu par l'opération de M. Bailly, que ce jeune médecin avait fait faire un pas à la question, et qu'il avait pratiqué l'aspiration à travers le sac herniaire mis à nu et ensuite à travers l'intestin.

Nous allons actuellement discuter la pratique de notre confrère et voir dans quelles conditions elle peut être suivie.

Nous avons vu que M. Bailly, après avoir fait le soir un taxis in-

fructueux, était revenu le lendemain à la même opération, c'est-à-dire vingt-quatre heures après les premiers signes de l'étranglement. Ce taxis n'a point réussi, mais il n'a amené aucun désordre grave, l'intestin étant, dans ce cas, protégé par une petite masse épiploïque. Toutefois, à moins de conditions spéciales, je ne voudrais point recourir au taxis dans une hernie crurale étranglée après vingt-quatre heures.

L'irréductibilité d'une hernie une fois constatée et l'opération de la kélotomie étant indiquée, faut-il que le chirurgien ait recours à l'aspiration des liquides et des gaz à travers le sac? ou doit-il attendre que le sac soit incisé et qu'il ait bien constaté l'état de l'intestin avant d'agir?

Pour moi, il n'y a point de doute, il faut découvrir l'intestin, étudier la cause et le siége de l'étranglement, les altérations des parties étranglées. Cela fait, il faut faire l'aspiration avec grand soin; celle-ci va vous donner un double résultat : 1° elle vous permettra de réduire l'intestin sans aucun débridement; toutefois, je ne pratiquerais la réduction de l'intestin qu'après l'avoir amené un peu au dehors et m'être bien assuré qu'aucune section ou gangrène ne s'oppose à la réduction; 2° l'aspiration doit encore, quand elle est insuffisante, rendre le débridement soit du collet du sac, soit de l'anneau qui étrangle, plus facile. En effet, ce temps de l'opération est souvent rendu difficile à cause de l'intensité de l'étranglement, et aussi à cause de la distension intestinale; l'extrémité du doigt indicateur et même l'ongle pénètre quelquefois difficilement entre l'intestin et la partie qui étrangle; l'intestin distendu vient entourer le doigt et le chirurgien court ainsi la chance de le blesser, ainsi que le mésentère lui-même. Depuis longtemps j'ai porté mon attention sur les lésions du mésentère soit par le fait de l'étranglement, soit par l'opération, et je me suis convaincu que les lésions non étudiées de cet organe exposent à un grand nombre d'accidents, accidents que j'ai pu reproduire sur les animaux. Ces recherches seront prochainement publiées par un de mes élèves, M. Dupuis. Si la lésion de l'intestin ne permet point la réduction, le chirurgien se conduira suivant les préceptes de l'art, sur lesquels je n'ai point à insister.

Une objection en apparence sérieuse peut être faite aux idées que je viens d'émettre; il peut se faire que l'aspiration des liquides et des gaz de l'intestin étranglé soit insuffisante et que la réduction de la partie herniée soit irréductible; dans ce cas, je n'hésiterai pas à pratiquer la kélotomie, bien convaincu que si l'aspiration a été

inefficace, c'est qu'il existe dans le sac herniaire des adhérences ou des conditions anatomiques qui s'opposent à la réduction, et qu'alors ce qu'il y a de mieux à faire, c'est d'agir sur-le-champ.

En terminant ce rapport, je viens demander à la Société de vouloir bien 1° adresser des remerciements à notre jeune confrère au sujet de l'observation intéressante qu'il vous a adressée,—la Société ne saurait trop encourager les jeunes travailleurs, et 2° de renvoyer le travail de M. Bailly au comité de publication. (Adopté.)

COMMUNICATIONS

M. DEMARQUAY donne ensuite communication du fait suivant de sa pratique :

Aspiration du liquide d'une hernie crurale. — Mme L..., âgée de 45 ans, entre, le 14 novembre 1872, à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay. Depuis dix ans elle est atteinte de hernie crurale droite réductible et porte habituellement un bandage.

Il y a deux jours, la tumeur est sortie plus volumineuse que d'habitude et n'a pu être réduite par la malade. Le lendemain, un médecin essaya en vain la réduction et administra un lavement de tabac. Peu à peu tous les signes de l'étranglement herniaire s'étaient développés : nausées, vomissements bilieux, coliques, douleurs abdominales à la pression, atroce au niveau de la tumeur. Deux lavements purgatifs ont amené une évacuation de matières fécales dures.

M. Demarquay se décide immédiatement à opérer, après quelques nouvelles tentatives modérées de taxis.

La malade étant chloroformée, il fait une incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané dirigée de haut en bas, ouvre le sac, dont il s'écoule du sang noirâtre mélangé à de la sérosité. A la partie supérieure et interne du sac, se trouve une masse épiploïque fortement congestionnée et présentant des extravasats sanguins. En dedans et au-dessus, on tombe sur une anse intestinale peu considérable, de coloration violet-foncé. Il y a congestion intense de la paroi intestinale, mais non gangrène.

On ponctionne l'intestin avec le petit trocart de Potain et on aspire une certaine quantité de liquide sanguinolent et de gaz. L'anse intestinale revient sur elle-même, et on essaye alors de réduire, mais inutilement.

M. Demarquay constate alors qu'il existe un étranglement très-serré par un anneau étroit placé très-superficiellement (*fascia crebri formis*). Celui-ci est débridé avec le bistouri boutonné sur une très-petite étendue, un à deux millimètres à peine. La réduction fut assez laborieuse, mais put alors être pratiquée.

L'épiploon, préalablement pris dans une forte ligature, fut sectionné. On se contenta ensuite de faire un bandage légèrement compressif, sans points de suture.

La malade alla d'abord bien. Opérée le 15 novembre, elle rendit des gaz le lendemain. Le 17, comme elle n'avait pas encore eu de garde-robes, on administra un purgatif léger, lequel amena une évacuation abondante. Mais la température vaginale devenait élevée; le pouls était fréquent, irrégulier et dépressible. Tous les signes de péritonite se manifestèrent et ne tardèrent point à s'exaspérer. Mme L... mourut le 19 novembre, à 5 heures du matin.

A l'autopsie, on découvrit toutes les lésions de la péritonite généralisée : vascularisation intense des deux feuillets du péritoine ; épanchement séro-purulent abondant surtout dans le petit bassin et renfermant d'épais flocons jaunâtres. Les lésions du péritoine sont surtout prononcées au niveau des anses intestinales avoisinant la portion étranglée de l'ouverture. En cet endroit, il existe, outre la rougeur, de nombreux exsudats sous-péritonéaux.

La portion étranglée appartient à l'intestin grêle. Elle est facilement reconnaissable, d'abord à une sorte d'anneau noirâtre et assez rétréci qui est manifestement dû à la constricture du *fascia crebri formis*.

Au-dessus, la paroi intestinale est profondément altérée. Son aspect est noir violacé ; son tissu est inextensible et presque rigide ; il n'y a point de ramollissement gangréneux, mais plutôt une congestion très-intense.

En aucun point on ne trouve de perforation.

M. MARJOLIN demande à M. Demarquay pourquoi, s'il craignait des accidents en raison de l'ancienneté de l'étranglement, il n'a pas employé les laxatifs et les émissions sanguines auxquelles on renonce peut-être trop facilement aujourd'hui en médecine et en chirurgie.

M. DEMARQUAY. J'ai abandonné les laxatifs depuis longtemps; ils fatiguent l'estomac déjà épuisé par les vomissements et provoquent des contractions intestinales, que je ne crois pas salutaires.

M. GIRALDÈS. L'innocuité des ponctions capillaires est démontrée

depuis longtemps ; pour les piqûres même avec le bistouri, le danger n'est pas grand. On fait des ponctions de l'intestin pour le météorisme, et elles sont sans danger. Il est un autre point à débattre : les ponctions vident-elles assez l'intestin pour qu'on puisse réduire sans débrider ? Il y a des faits nouveaux de physiologie que M. Armand Moreau a étudiés à cet égard ; la paralysie par section des nerfs d'une portion des intestins fait secréter des liquides et des gaz. L'étranglement agit de même et d'une façon continue. Mais l'épaississement de l'intestin est un obstacle que ne peuvent vaincre une ponction et une aspiration de liquide. Quant à l'inflammation péritonéale consécutive, il n'y a pas à s'en étonner et à l'attribuer aux ponctions ; elle est l'échec le plus commun de la kélotomie.

La clinique a-t-elle démontré l'utilité des ponctions avant le débridement? tout est là, et l'observation de M. Demarquay ne prouve pas en sa faveur.

M. DEMARQUAY. Quoiqu'il n'y ait point de passage de liquide à travers la plaie de l'intestin dans les cas ordinaires, lorsqu'on fait l'entérotomie par le procédé de Nélaton, on voit sourdre du liquide par les plaies de l'intestin, par lesquelles passent les fils qui fixent l'intestin. La ponction enlève évidemment les liquides et les gaz. J'ai vu cette ponction produire l'affaissement de l'intestin, même quand il y avait épaississement des parois de cet intestin.

M. GIRALDÈS. Il faut distinguer : les ponctions dans l'intestin sain ne sont pas graves ; elles le sont davantage dans un intestin malade ; il en est de l'intestin comme du tégument, les blessures des intestins par le bistouri, même lorsqu'elles sont peu étendues, ne sont pas graves, c'est ce qui résulte des expériences de Travers et de Gross.

M. DEMARQUAY. Je ne veux pas aller trop loin, mais je crois que les ponctions suivies d'aspiration sont bonnes dans certains cas, quoique je n'en fasse pas une chose banale. Une ponction dans un kyste hydatique du foie a produit la suppuration sous mes yeux ; dans une cavité malade, je crois que les ponctions suivies d'aspiration aggravent le mal.

M. GIRALDÈS. On ne peut comparer le passage d'une aiguille à travers l'intestin à une ponction capillaire, et cela ne prouve rien contre la bénignité de cette ponction.

M. DUBRUEIL. L'opération dont parle M. Demarquay diffère de celles qui ont été ici en discussion. Il s'agit, en effet, d'une aspiration dans l'intestin mis à nu avant de débrider. J'avoue qu'un

fois l'intestin mis à nu, je ne vois pas quel avantage il y a à ne pas débrider immédiatement.

M. DEMARQUAY. Il n'est pas indifférent de ne pas débrider, car cette opération, même avec le bistouri falciforme dont je me sers habituellement, est entourée d'obstacles, et il y a du liquide du sac qui peut pénétrer dans l'abdomen avec plus ou moins d'air; il y a des faits très-concluants, que recueille un de mes élèves. Si l'on peut découvrir l'intestin, y faire des ponctions, si les ponctions sont innocentes et si l'intestin peut être réduit sans que l'on débride, ce sera de la bonne chirurgie.

M. DUBRUEIL. Mais lorsqu'on ouvre le sac, le liquide s'échappe et ne peut pénétrer dans l'abdomen.

M. DEMARQUAY. Lorsque l'on débride, il y a de nombreux accidents à redouter, la blessure d'un vaisseau de la paroi abdominale, du mésentère, de l'épiploon ou de l'intestin.

Hernie obturatrice. Kélotomie. — M. TRÉLAT. J'ai eu tout dernièrement l'occasion d'opérer une hernie sous-pubienne, et peu s'en est fallu que cette opération ne fût suivie de succès. Ces cas ne sont point communs et la pratique est bien hésitante à cet égard. Il ne faut donc pas laisser perdre un seul enseignement. Voici le fait :

L'undi matin 11 novembre, mon collègue M. Bouchard, qui remplace en ce moment M. le professeur Bouillaud, me fit prier de venir voir dans son service (H. Anne, salle Sainte-Madeleine, n° 3, Charité) une femme de 48 ans, délicate, un peu maigre, sans apparence cachectique, de bonne santé habituelle, n'ayant jamais eu de grossesse, jamais de troubles menstruels.

Huit jours auparavant, le lundi 4, elle avait fait une chute dans un escalier, et bien qu'aucune trace de contusion ne fût appréciable, une douleur vive existait depuis ce moment à la partie supérieure de la cuisse droite.

Pendant les premiers jours, la malade ne souffrait guère que de cette douleur, dont la persistance l'amena à l'hôpital le 8 novembre.

On examina tout d'abord si la chute n'aurait pas déterminé quelque traumatisme dans l'articulation de la hanche ou dans son voisinage. Cet examen donna un résultat complétement négatif. On ne trouva rien non plus du côté des appareils de la respiration, de la circulation ni de la sécrétion urinaire; mais on remarqua qu'il n'y avait pas eu de selles depuis l'accident. Pas de vomissements, mais quel-

ques légères nausées attribuées par la malade à un aliment répugnant.
Un lavement purgatif resta sans aucun effet.

Le lendemain, l'état s'était un peu aggravé; la mine était plus tirée, le ventre plus gonflé, le pouls un peu plus serré. M. Bouchard songea à la possibilité d'un étranglement interne, en tenant compte toutefois des nombreuses circonstances défavorables à ce diagnostic: pas de grossesse, de troubles utérins, de maladies intestinales antérieures; pas d'aliments contenant des noyaux, des pepins; jamais de hernie constatée; régions inguinales, crurales, ombilicales exemptes de tumeurs.

Dans le doute, on donne un nouveau lavement purgatif, qui est rendu presque pur.

Le lundi matin, les symptômes se sont accusés. La face est grippée, le ventre est dur et ballonné. Les circonvolutions intestinales se dessinent à travers la paroi et entrent par moments en contraction assez rapide; la malade éprouve alors une douleur colliquative assez intense. Appétit nul, pas de fièvres; urines normales; depuis la nuit, il y a des vomissements de matières fécaloïdes peu odorantes, mais rejetées par larges fusées. Une petite terrine en est remplie. Pouls 112. Température 36,4.

La douleur de la cuisse existe toujours et offre les mêmes caractères qu'au début. Elle est constante, fixe, s'exagère par les mouvements du membre et surtout par la pression de la main ou mieux des doigts. Elle siége au niveau du pli inguinal, sur la cuisse, dans la région qui correspond à la tête fémorale. M. Bouchard et son chef de clinique M. Ruck, sont frappés des caractères particuliers de ce signe, qui leur semble pouvoir être rapporté à quelque lésion profonde de la racine de la cuisse.

C'est à ce moment que je vois la malade.

On sait combien il est difficile de prendre vite un parti sage dans ces conditions. Évidemment, il y avait là une obstruction intestinale, mais cette obstruction, fallait-il la rapporter à une péritonite, mieux à une entéro-péritonite traumatique, car on n'avait pas de détail précis sur la nature de la chute, la malade ayant roulé dans l'escalier; fallait-il, contre les apparences, l'attribuer à un étranglement interne, par bride, enroulement, torsion, nœud diverticulaire ? Dans le dernier cas, la création d'un anus artificiel eût été indiquée, mais dans le premier, l'opération n'offrait guère de ressources.

Pendant que j'hésitais et que j'agitais intérieurement la question première de savoir si une opération était indiquée, M. Bouchard appela mon attention sur la douleur de la région inguinale.

Il n'y avait pas à douter que cette région inguino-crurale ne fût un peu plus pleine que celle du côté opposé, un peu gonflée. Cette légère, très-légère intumescence n'était point circonscrite, et nulle part il n'y avait de tumeur distincte, ni petite, ni grosse. Les mouvements, les plus petits dérangements déterminaient de la douleur dans la région gonflée. La recherche du siége précis de cette douleur me fournit les résultats suivants : il n'y a rien au-dessus de l'arcade de Fallope, rien par conséquent au niveau du canal inguinal. Le relief du psoas est sensible sous la pression, mais cette sensibilité est vague; plus en dedans, l'artère fémorale bat sous le doigt, le canal crural semble parfaitement vide; un peu plus en dedans encore, au niveau du pectiné, la douleur devient subitement vive. C'est là qu'est le point sensible.

Plus loin, sur le premier adducteur, vers le bord interne de la cuisse et à sa face interne, le toucher ne provoque plus qu'une sensation pénible, sans analogie avec la vive douleur pectinéale. La même exploration, répétée plusieurs fois avec soin, donne le même résultat. C'est bien au niveau du pectiné que siége la douleur et qu'est le centre du gonflement.

Songeant alors à certaines hernies que M. Legendre a décrites en 1858 dans son *Mémoire sur certaines variétés rares de la hernie crurale*, petites hernies qui se produisent soit dans l'épaisseur du pectiné, soit à la face inférieure du ligament de Gimbernat et qui échappent au chirurgien par leur exiguïté et par l'irrégularité de leur siége, j'indiquai un plan d'opération qui pût me permettre de vérifier l'état des organes que je viens de nommer et en même temps celui du canal crural.

Une incision parallèle à l'axe du membre, commençant sur le ligament de Fallope, longue de 5 centimètres environ, à 25 millimètres en dedans de l'artère fémorale, devait me conduire au but. En effet, après avoir incisé une mince couche de tissu cellulo-graisseux et coupé une petite veine honteuse externe, je pus saisir entre mes deux doigts le canal crural, l'index placé sur la peau et le pouce sous le canal. Il ne contenait pas la moindre tumeur, et la plus petite eût été reconnue par ce procédé.

La dissection de l'aponévrose pectinéale me montra directement les fibres du muscle, et au-dessus de leur insertion supérieure, la face inférieure du ligament de Gimbernat. Il n'y avait ni hernie de Laugier, ni hernie de Cloquet, c'est-à-dire rien dans les fibres du pectiné, rien à travers le ligament falciforme.

Je fus un peu désappointé. Cependant, tout négatif qu'il était, le

résultat était atteint. Nous étions sur la voie, mais pas encore au but.

J'agrandis un peu l'incision cutanée à sa partie inférieure, et je pénétrai avec une sonde cannelée dans l'intervalle celluleux qui sépare le pectiné du premier, puis du second adducteur, et j'enfonçai le pouce de ma main gauche à la partie supérieure de cet intervalle, dans la direction de la fosse obturatrice.

A ce moment, les personnes qui m'entouraient entendirent un bruit de gargouillement caractérisé qui m'échappa, parce que j'étais tout entier à la sensation très-nette que mon doigt me révélait. Je sentais une petite tumeur sphérique ayant à peu près la grosseur d'une bille d'écolier.

Deux crochets mousses ayant été convenablement placés pour écarter les muscles, chacun put voir le sac herniaire. D'un rouge sombre avec quelques points jaunâtres dus à la graisse, gros comme une cerise, modérément tendu, il était placé au niveau du bord supérieur du muscle obturateur externe, près de son insertion, qu'il déprimait un peu, par conséquent, juste en face de la gouttière obturatrice. Le nerf était en dedans, les vaisseaux en dehors.

Je crois aujourd'hui qu'à ce moment de l'opération il n'y avait plus d'intestin dans le sac; je crois qu'il avait été réduit au moment de l'application de mon pouce. Mais alors que je tenais le bistouri, rien ne pouvait me fournir cette notion.

Deux ou trois tentatives de réduction étant restées vaines, à l'aide du très-petit ténotome courbe que j'emploie pour les débridements herniaires, je fis directement en bas (les vaisseaux étant en dehors) une très-courte incision. Le sac se vida immédiatement et resta flottant au niveau de l'orifice abdominal.

Je plaçai un drain dans la profondeur de cette plaie anfractueuse, puis je fis un pansement simple.

Une heure après, la malade eut une selle copieuse. Mais vers deux heures de l'après-midi, il y eut des douleurs abdominales vives, un nouveau vomissement, une sensation de froid croissante. A trois heures, la malade agonisait.

En présence de cette fin si prompte, j'éprouvai un vif sentiment de curiosité, où se mêlait un peu d'inquiétude. Je me demandais si, dans cette difficile conjoncture, quelque involontaire maladresse du chirurgien (bien excusable sans doute en pareille occurrence), ne serait pas venue précipiter le dénoûment.

Heureusement il n'en était rien, et l'autopsie nous prouva que si les circonstances avaient permis une intervention chirurgicale plus prompte, la guérison n'avait rien que de très-probable.

La mort avait été déterminée par l'abondante issue des matières fécales dans le péritoine à travers une ouverture ulcéreuse de l'intestin due à l'étranglement.

En ouvrant l'abdomen, on trouve l'intestin nageant dans un bain de matières fécaloïdes. Les anses intestinales sont vascularisées, ainsi que le mésentère. Çà et là quelques rares traînées purulentes.

L'anse intestinale, qui porte les traces de l'étranglement, flotte dans le petit bassin. L'étranglement siégeait sur l'intestin grêle, à 25 centimètres du cœcum. Il ne comprenait que les deux tiers du calibre de l'intestin. Une ligne déprimée, rougeâtre, en dessine les trois quarts; le dernier quart est représenté par la perforation à bords déchiquetés, ulcérés, longue de 18 à 20 millimètres, dirigée perpendiculairement à l'axe du tube intestinal.

Autour du sillon d'étranglement, les parois intestinales sont ramollies et d'une teinte grisâtre qu'on peut attribuer à la propagation de l'inflammation depuis les points étranglés.

Le sac herniaire est formé par le péritoine qui revêt la fosse obturatrice interne. Au niveau de la gouttière sous-pubienne, il est déprimé en forme de doigt de gant et constitue une cavité qui peut admettre l'extrémité du pouce. Ce sac, tapissé extérieurement par le tissu cellulaire sous-péritonéal, s'engage dans la gouttière obturatrice, à l'entrée de laquelle il est maintenu par quelques adhérences fibreuses. Tout autour du sac, le péritoine est épaissi, induré, et présente une coloration brunâtre avec quelques taches ecchymotiques.

Le sac, probablement ancien, est encore occupé, au moment de l'autopsie, par un long appendice épiploïque qui tend mollement la cavité.

Le débridement a été pratiqué en dehors du sac et a porté sur la membrane obturatrice, directement en bas. Il n'atteint pas 2 millimètres.

En somme, nous constatons que l'étranglement très-rigoureux de l'intestin était produit à travers le sac par l'orifice interne du canal obturateur; que l'intestin, perforé par les progrès de l'ulcération et rompu par le rétablissement du cours des matières fécales, n'a été nullement blessé pendant l'opération, qu'il a été bien réduit, que l'étranglement était levé et par conséquent que, plus hâtive, l'opération eût pu être absolument efficace.

Je me garderai, messieurs, à propos de ce seul fait, de vous parler de la fréquence, surtout chez les femmes âgées, de la disposi-

tion du sac qui semble se former lentement et rester pendant assez longtemps largement ouvert. Tous ces points ont déjà été établis dans des travaux antérieurs. Mais j'appelle votre attention sur le diagnostic de la hernie sous-pubienne et sur la cure chirurgicale de son étranglement.

Notre collègue, M. Duplay, avait cité, dans le numéro d'octobre 1871 des *Archives*, deux cas de guérison de hernies obturatrices étranglées et opérées. J'ai pris connaissance de ces deux faits remarquables, dont l'un appartient à Henry Obré, et l'autre à Bransby Cooper, et j'ai été singulièrement frappé des coïncidences qui existent dans ces deux observations et dans celles que je viens de vous soumettre.

Dans les trois cas, trois femmes à peu près de même âge, le début des accidents a été brusque, sans rémission. Il a présenté les caractères d'une obstruction intestinale; une douleur vive, constante, bien localisée, s'exaspérant sous le doigt, occupe la région inguino-crurale. Cette région était *légèrement tuméfiée* (les expressions sont presque identiques dans les trois cas); les trois chirurgiens firent une opération de recherche plutôt qu'une opération réglée; enfin, dans les trois cas, le sac fut réduit tout entier, sans être ouvert, et cela, sans nulle préméditation de la part des opérateurs.

Ce ne sont pas là des coïncidences fortuites. Ce sont des signes communs qu'il est bon de relever et de noter bien précisément : début brusque, suppression du cours des matières fécales, douleur inguinale sur le pectiné, légère intumescence, voilà des signes que, pour ma part, je ne laisserai jamais échapper si je les rencontre, et dont je prierai mes collègues de garder bon souvenir.

On avancera peut-être que les hernies obturatrices sont fort rares et que la valeur de leur coëfficient dans la production des étranglements internes est bien faible. Cela est vrai; mais comme ici la difficulté est dans le diagnostic et non dans l'opération, si rares que soient les cas, il ne peut être qu'avantageux de les discerner en temps opportun.

Peut-être aussi trouvera-t-on que j'ai été favorisé par la malgreur relative et la souplesse des tissus chez ma malade. Je ne le nie pas, mais la maigreur est signalée dans beaucoup de cas par les observateurs, et j'aurais grande tendance à croire que les hernies obturatrices ne sont guère possibles chez les individus gras dont le tissu cellulo-adipeux sous-péritonéal constitue une barrière solide. Qu'importe d'ailleurs? l'embonpoint serait une diffi-

culté qui n'affaiblirait en rien la valeur de l'ensemble symptomatique précédemment indiqué.

Je ne reviendrai pas sur les détails du procédé opératoire que j'ai suivi et qui se rapproche de celui que Dupuytren avait étudié sur le cadavre. Je le crois cependant bien préférable à la marche adoptée par les chirurgiens anglais. Tous deux firent une incision sur le canal crural à travers lequel ils durent passer. L'artère, la veine, le fascia crébriforme, les ganglions sont ici autant d'obstacles dont on ne triomphe pas toujours aisément. Dans ces deux opérations, il fallut couper le pectiné, et, dans la dernière, la veine fut ouverte par mégarde et pour la plus grande gène du chirurgien.

Dans le procédé que je conseille, à l'aide d'une incision de 5 à 6 centimètres parallèle à l'artère, et placée à 25 ou 30 millimètres en dedans d'elle, on n'a rien à craindre de semblable; le pectiné est rapidement atteint, et l'exploration du canal crural est des plus simples. Le reste de l'opération ne vaut pas qu'on s'y arrête. On traverse successivement les interstices qui séparent le pectiné du premier, puis du second adducteur, et si le pectiné est trop gênant, on peut couper quelques-uns de ses fibres, en ayant bien soin que cette section porte sur l'insertion supérieure et non sur le corps du muscle. On créera ainsi la voie la plus courte et la plus large. Une fois arrivé sur le sac, on recherchera le nerf et les vaisseaux pour les éviter, et on se souviendra que la réduction s'est opérée trois fois sans ouverture de ce sac, et une fois sans aucun débridement. Si ce dernier est nécessaire, on devra savoir que c'est la membrane obturatrice qui forme l'obstacle et qui doit être incisée légèrement en un point quelconque, pourvu qu'on évite les vaisseaux, ce qui sera généralement obtenu en portant le bistouri en bas.

Je borne ici cette communication dont le but sera atteint si j'ai pu donner quelques indications utiles sur l'opération du débridement de la hernie obturatrice, et surtout sur le diagnostic si difficile de cette affection, qui a passé jusqu'ici pour être au-dessus des ressources de notre art.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1872.

Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux;* — l'*Union médicale ;* — la *Gazette hebdomadaire ;* — la *Gazette obstétricale;* — *Bordeaux médical;* — *Lyon médical ;* — *Journal de médecine de l'Ouest;* — *Revue médicale de Toulouse.*

Le 23e volume des *Transactions de la Société pathologique de Londres.*

M. VERNEUIL offre à la Société la thèse de M. le docteur Ch. Pillet, intitulée *De la suppression de la compression digitale préliminaire dans l'amputation des membres.* Cette thèse expose la méthode proposée et pratiquée par M. Verneuil.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Hernie obturatrice. — M. TRÉLAT donne quelques détails complémentaires sur l'observation qu'il a présentée dans la dernière séance et qui sont indiqués à la fin de l'observation qu'il dépose sur le bureau.

M FORGET, à l'occasion de l'observation de M. Trélat, rappelle les faits qu'il a signalés, dans son Mémoire sur la hernie obturatrice, publié en 1866 dans l'*Union médicale*, et qu'il a rappelés déjà à l'occasion d'un fait présenté l'année dernière par M. Labbé. Il a dit que Rœser, Rotteck et Romberg ont donné des détails sur les signes de la hernie obturatrice. Ils ont signalé la névralgie suivant le trajet du nerf obturateur, les paralysies des muscles obturateurs et petit adducteur; ils n'ont point constaté de tuméfaction de la région pectinéale. Rœser, en particulier, n'a vu aucune trace de tumeur. J'ai déjà dit, l'année dernière, que ces hernies se produisaient et se réduisaient seules, et que cela était indiqué par des coliques passa-

gères qui ont été d'ailleurs bien constatées dans les antécédents de la malade de M. Labbé. Le doigt, placé dans le vagin, permet de sentir un point douloureux. Aussi, eu égard à ces tentatives de réduction, que l'on peut seconder d'ailleurs par le chloroforme, on emploirait avec avantage, suivant les auteurs que j'ai cités, un procédé que voici :

Cette manœuvre consiste à faire presser, malaxer, pour ainsi dire, par un aide, le point où siége la hernie; à déprimer en même temps, avec la main gauche, la paroi abdominale derrière la branche horizontale du pubis, en la refoulant vers le sacrum; à introduire dans le vagin ou dans le rectum chez l'homme, après avoir préalablement vidé la vessie, autant de doigts de la main droite qu'il en peut tenir, à les diriger vers le lieu de l'étranglement, comme s'ils allaient à la rencontre de l'autre main placée derrière le pubis, puis à attirer vers l'excavation pelvienne les parties comprises entre les deux mains, dont l'action ainsi combinée agit synergiquement dans la même direction.

Le débridement, de l'avis de tous les auteurs, doit être petit, car la réduction de l'intestin ne nécessite pas une grande ouverture. Dupuytren disait qu'on devait débrider en dedans, et les observateurs qui ont trouvé les vaisseaux généralement en arrière de la hernie, confirment le précepte posé par Dupuytren.

M. TRÉLAT. J'ai présenté une observation avec quelques déductions pratiques, mais je n'ai point eu en vue de faire l'histoire de la hernie. Il faut distinguer, d'ailleurs, entre la hernie obturatrice non étranglée et la hernie étranglée ; c'est la dernière seule qui peut causer une douleur à la pression et du gonflement que d'autres opérateurs, avant moi, ont déjà vu. Mais je reconnais que, quand la tumeur n'est pas plus grosse qu'une olive, le gonflement est inappréciable.

Je reconnais que les explorations par le vagin sont profitables, mais la réduction par les manœuvres indiquées par Rœser ne sont pas d'une efficacité certaine, et chez ma malade, elles n'auraient pas permis de réduire.

Les rapports des vaisseaux avec le collet de la hernie sont variables. Vinson l'a montré, et cela tient en partie aux anomalies d'origine de l'artère obturatrice. Pour débrider sans danger, je crois qu'il faut aller à la recherche du nerf et des vaisseaux et débrider où ils ne sont pas.

M. CHASSAIGNAC demande à M. Trélat si le sac présentait une ulcération correspondante à l'altération de l'intestin.

M. TRÉLAT répond qu'il n'y avait point d'ulcération sur le sac.

M. CHASSAIGNAC considère ce fait comme très-important, car il montre que l'intestin peut être coupé par une bride sans lésion de l'enveloppe péritonéale qui constitue le sac.

M. TRÉLAT. Il ne faut pas rapprocher les hernies crurales des hernies inguinales à cet égard, car dans la hernie obturatrice, la hernie est toujours un pincement de l'intestin et n'a pas, pour ainsi dire, de collet.

M. CHASSAIGNAC. Je ne cherche aucune comparaison, je me borne à constater l'importance du fait.

M. GIRALDÈS pense qu'il faudrait éviter de mêler aux considérations cliniques que comporte la hernie obturatrice étranglée les faits qui ont trait aux caractères de la hernie non étranglée, sous peine d'entraîner une certaine confusion.

RAPPORT

Névralgie de la face avec glaucòme.— M. DOLBEAU. Le docteur Abadie vous a fait connaître la relation d'un fait assez vulgaire auquel il a su donner un réel intérêt, en l'entourant de considérations à la fois ingénieuses et contestables. Ce sera, je le crois, rendre hommage au zèle de M. Abadie que de soumettre son travail à une critique approfondie.

Une femme âgée de 66 ans était atteinte d'un tic douloureux au côté gauche de la face; la névralgie remontait à huit ans, lorsque M. Abadie fut appelé à donner des soins à la malade. En outre de cette atroce névralgie, la malheureuse femme était affligée d'une perte absolue de la vision : l'œil droit était réduit à l'état de moignon, l'œil gauche offrait tous les caractères d'un glaucôme avec destruction des éléments sensoriels et conducteurs de la rétine.

Les antécédents de la malade, recueillis avec soin par M. Abadie, semblent établir que la névralgie avait débuté la première et que les troubles de la vision n'ont été que consécutifs. L'auteur, qui s'occupe avec succès des études ophthlmologiques, a cru trouver dans cette observation une nouvelle démonstration de l'opinion soutenue par deux expérimentateurs, MM. Hippel et Grünliagen, à savoir que c'est l'irritation des branches du trijumeau et non celle du sympathique qui produit l'augmentation de la tension intra-oculaire. Ainsi, suivant M. Abadie, le glaucôme de l'œil gauche serait, chez sa malade, consécutif à la névralgie faciale. Je veux bien accepter cette interprétation, elle paraît en effet conforme aux antécédents pathologi-

ques qu'on a pu recueillir, les troubles de la vision n'ayant été reconnus que trois ans après l'apparition de la névralgie.

Je fais néanmoins la remarque suivante : la malade a perdu l'œil droit d'une attaque de glaucôme aigu; cette perte de l'œil droit n'aurait-elle pas été l'occasion de constater l'existence d'un glaucôme chronique à gauche, affection indolente qui jusque-là avait passé inaperçue ?

Ce qui doit surtout vous intéresser, messieurs, dans l'observation de M. Abadie, c'est la guérison d'une névralgie rebelle, remontant à huit ans, par une opération d'ailleurs peu importante. M. Abadie a sectionné le nerf sous-orbitaire, et depuis plus d'un an la guérison du tic douloureux paraît complète.

Cette cure sera-t-elle définitive? on pourrait en douter, puisque le nerf conducteur a été seulement coupé et qu'il y a lieu d'admettre comme possible le rétablissement du tronc nerveux. Mais supposons que la guérison soit absolue, ce ne sera qu'un exemple de plus à enregistrer d'une cure de la névralgie trifaciale, du tic douloureux par la section du nerf sous-orbitaire.

Vous connaissez comme moi, messieurs, les faits de cette nature; et vous savez que jusqu'ici la science reste muette quand il faut expliquer pourquoi ces guérisons sont ordinairement temporaires, de deux à six mois, et pourquoi elles sont parfois si prolongées qu'on peut les considérer comme définitives.

Il faut dans les sciences d'observation se bien garder de conclure d'un fait particulier; cette faute est cependant commise tous les jours, et je crains bien que, dans l'espèce, M. Abadie n'ait pas su éviter l'écueil. Cette remarque s'applique à certains commentaires dont le présentateur a fait suivre la relation du fait qu'il a si bien analysé.

M. Abadie ayant fait la remarque que toutes les fois qu'il touchait la peau au voisinage de l'aile du nez, ou bien encore vers la partie médiane de la lèvre supérieure, sa malade était prise d'un accès plus violent; il en conclut que chez cette femme il existe sur les téguments de la face une zone de sensibilité anormale qu'il suffit de toucher pour provoquer les crises douloureuses; cette zone, M. Abadie la baptise de suite du nom de zone épileptogène insensible, faisant ainsi allusion à des recherches intéressantes auxquelles restera attaché le nom de M. Brown Sequart.

M. Abadie a coupé le sous-orbitaire, il a rendu ainsi la zone épileptogène insensible; les accès névralgiques ont cessé depuis plusieurs mois. Jusqu'ici tout est parfaitement logique, mais voici le

point où l'auteur cesse d'être inexpugnable dans son raisonnement ; vous allez en juger.

M. Abadie remarque qu'il y a des névralgies de la face dans lesquelles l'observation attentive démontre la présence sur les téguments d'une véritable zone épileptogène ; d'autres fois, dit l'auteur, la zone d'irritation fait absolument défaut. Conséquemment, il y aurait lieu, selon M. Abadie, de diviser les névralgies de la face en deux catégories, suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas de zone épileptogène.

Les premières, celles où la zone peut être reconnue, seraient dites de cause périphérique et seraient curables par la section du nerf correspondant. Les autres seraient des névralgies centrales et, par suite, des tics qui échapperaient à l'intervention chirurgicale.

Voici, messieurs, quelle est la théorie de M. Abadie ; elle est basée sur une seule observation. Il est évident que le succès obtenu a fait sortir l'auteur des bornes de la prudence scientifique ; ses conclusions ne sont pas justifiées par la clinique.

Il suffit, en effet, de lire les nombreux faits relatés dans nos recueils périodiques, pour voir que la zone douloureuse n'avait pas, ainsi que semble le croire M. Abadie, échappé à la plupart des observateurs. Il suffit surtout de rechercher quels ont été les résultats de la névrotomie, dans les affections douloureuses du trijumeau, pour voir que la distinction entre les névralgies de causes centrales et les névralgies de causes périphériques reste absolument impossible. Certes, la distinction serait facile si les faits concordaient avec l'ingénieuse hypothèse de M. Abadie, mais l'observation clinique démontre que des sections, des résections de nerfs ont été inutiles ou insuffisantes dans plusieurs cas où la zone douloureuse, épileptogène, comme l'appelle M. Abadie, avait été rendue insensible par suite de l'opération.

Je ne puis discuter ici les indications de l'intervention chirurgicale dans les cas de tics douloureux de la face ; toutefois je ne crains pas d'affirmer que jusqu'ici nous sommes dans l'impossibilité d'expliquer les résultats si variables et en apparence contradictoires de la névrotomie.

Néanmoins, messieurs, la communication de M. Abadie conserve tout son intérêt ; j'ai essayé d'accentuer les points en litige, j'ai critiqué parfois un peu vigoureusement l'auteur, mais j'étais à l'aise : la plupart de vous connaissent M. Abadie, il a été mon interne et je suis resté de ses amis.

Je vous propose, messieurs, d'adresser des remercîments à

M. Abadie, et je vous demande de renvoyer au comité de publication l'intéressante observation qu'il vous a fait parvenir.

COMMUNICATION

Du traitement des rétrécissements du rectum par la rectotomie externe. — M. PANAS lit le travail suivant :

Un fait qui ressort clairement de l'étude anatomo-pathologique des coarctations du rectum, est que le siége généralement superficiel du rétrécissement permet d'attaquer celui-ci par des moyens chirurgicaux directs.

C'est ainsi que, d'après H. Smith, chirurgien de « King's collége Hospital, » près de la moitié des rétrécissements siégeraient à *un pouce* seulement de l'anus et ne dépasseraient pas un pouce et demi pour le grand nombre.

Perret, dans sa thèse inaugurale de 1855, ayant rassemblé un total de 58 cas, en a trouvé 38 siégeant à *six centimètres* de profondeur et en deçà.

Un autre fait anatomique, non moins important que le précédent, est que ces rétrécissements sont généralement *uniques*. Ainsi Perret, sur un ensemble de 59 cas, en a relevé 55 où le rétrécissement était solitaire.

Les fistules, comme le faisait observer dernièrement notre collègue M. Verneuil, compliquent assez souvent les rétrécissements qui nous occupent. Ces fistules aboutissent tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, au-dessus de la coarctation, et d'autres fois au-dessous de celle-ci. Dans le premier cas, on est tenté de les attribuer au rétrécissement, tandis que, dans le dernier cas, il est plus rationnel de les considérer comme résultant d'abcès de voisinage, ainsi que le veut Syme, d'Édimbourg.

Ici, comme pour les rétrécissements de l'urèthre, la dilatation constitue la méthode thérapeutique par excellence, soit comme moyen principal, soit comme adjuvant d'un autre mode de traitement. Mais il est une classe de rétrécissements rebelles à tout procédé de dilatation et qui exigent d'emblée la diérèse, soit parce qu'ils sont trop résistants et trop épais pour céder autrement, soit parce qu'ils sont trop sensibles pour pouvoir être soumis à une dilatation prolongée et souvent renouvelée. Nous ne nous occuperons ici que de ces derniers et de l'opération qu'ils réclament, à savoir de la *rectotomie.*

L'incision de l'intestin, en pareil cas, a été et est généralement

considérée comme grave; aussi nous voyons les auteurs qui s'en sont occupés, la réserver pour certains cas donnés, en même temps qu'ils conseillent de ne pas la faire trop profonde.

C'est ainsi que H. Smith n'admet cette opération que comme moyen adjuvant de la dilatation, et qu'il se borne à des scarifications multiples de l'anneau, pratiquées à l'aide d'un bistouri boutonné conduit sur l'index gauche, préalablement introduit dans le rectum jusqu'au rétrécissement.

Tel était pareillement l'avis de Hawkins, qui l'a vu employer ou qui l'a pratiquée lui-même à l'hôpital Saint-Georges, pendant vingt ans, en la combinant à la dilatation, et cela avec un succès à peu près constant.

Nélaton, chez une femme qu'il a opérée à la Clinique, fit, à l'aide d'un bistouri boutonné, deux incisions, une à droite et l'autre à gauche, et guérit sa malade. Pour lui, l'incision n'est indiquée que dans les cas où le rétrécissement n'offre pas une épaisseur considérable, ce qui suppose des incisions peu profondes.

Velpeau réserve aussi cette opération pour les brides, et l'emploie seulement pour favoriser l'action des moyens dilatants.

Sédillot professe une opinion analogue, et Malgaigne n'est pas d'un avis différent.

Tous ces conseils de prudence seront parfaitement compris, en se rappelant la gravité de la rectotomie interne, toutes les fois que l'incision dépasse une certaine profondeur. Les dangers dérivent alors d'une *infiltration des matières* jusque dans le tissu cellulaire pelvien, d'où phlegmon grave, péritonite et abcès du petit bassin, ou bien encore, mais ce qui est beaucoup plus rare, d'une *hémorrhagie interne grave* par blessure de l'une des artères hémorrhoïdales.

Que si l'on réfléchit bien aux conditions anatomiques et physiologiques qui entrent ici en jeu, on se convaincra que l'infiltration de matières septiques est éminemment ici à craindre, puisqu'on a, d'une part, les contractions de l'intestin, et, d'autre part, la résistance qu'oppose à la sortie des matières (fèces ou pus) le sphincter anal non divisé.

Cette considération du rôle fâcheux joué par le sphincter nous a conduit, il y a quelques années déjà, à donner la préférence à la rectotomie à ciel ouvert, et qui consiste à inciser invariablement en même temps que le rétrécissement le sphincter lui-même.

Les autres avantages de cette méthode sont : de voir exactement ce qu'on fait, puisqu'on arrive à avoir le rétrécissement sous les

yeux ; de couper juste ce que l'on veut et à la place que l'on veut ; enfin, de parer sûrement à toute hémorrhagie primitive ou consécutive, soit par la ligature, soit par tout autre moyen hémostatique direct.

Avant de parler du procédé opératoire que nous suivons en pareil cas, qu'il nous soit permis d'en rappeler l'origine.

Stafford, le premier, publia, en 1838, deux observations de rétrécissement où il fit l'incision antéro-postérieure du rectum. L'un des malades fut beaucoup soulagé, eut de la diarrhée et mourut trois semaines après d'un érysipèle intercurrent de la face. Son second opéré eut pareillement de la diarrhée, et finit par guérir complétement. Dans l'un et l'autre cas, la perte de sang a été peu abondante.

En 1865, ayant eu à traiter en ville, avec M. Nélaton, un rétrécissement de nature fibro-plastique, entourant l'intestin tout autour et offrant 3 centimètres de hauteur, nous vîmes notre maître porter hardiment le bistouri sur la ligne médiane postérieure du rectum, et couper du même coup le rétrécissement et le sphincter anal jusqu'à la pointe du coccyx. Après quoi, une forte canule en caoutchouc vulcanisé fut placée en permanence jusqu'à cicatrisation des lèvres de la plaie, maintenues, par ce moyen, écartées l'une de l'autre.

La dame qui fait l'objet de cette observation, après bien des péripéties, dont fut en partie témoin notre collègue M. Guyon, finit par quitter Paris dans un état très-satisfaisant.

J'ai su depuis qu'elle a succombé dix-huit mois plus tard à la suite des progrès du néoplasme, lequel avait rempli toute l'excavation pelvienne et avait entraîné une cachexie incurable.

Je me rappelais ce fait lorsque j'ai reçu, le 2 décembre 1867, la nommée G... (Herminie), âgée de 33 ans, atteinte qu'elle était d'un rétrécissement extrêmement dense et très-douloureux du rectum, d'origine probablement syphilitique.

Cette malade, pâle, amaigrie, et offrant une teinte jaune paille de la peau, raconte que les premières difficultés pour aller à la selle remontaient à huit ans ; mais que déjà quatre ans auparavant elle était sujette à un écoulement muco-purulent et parfois sanguinolent de l'anus. Elle ajoute qu'une année avant cela, il lui était survenu une éruption de boutons aux parties génitales.

Par l'exploration directe, on trouve l'orifice anal couvert d'espèces d'excroissances fournies par l'hypertrophie éléphantiasique des plis rayonnés de l'anus, et à trois centimètres au-dessus, un rétrécisse-

ment fibreux impossible à franchir et qui ne laisse passer qu'une sonde de femme en argent.

Après quelques tentatives de dilatation qui sont restées sans effet, nous procédons, le 26 du même mois, à l'opération de la façon suivante :

La malade étant chloroformée et couchée sur le dos, on ramène le bassin sur le bord de la table d'opération, et l'on confie les cuisses, préalablement fléchies sur le bassin, à deux aides; l'index de la main gauche est alors introduit dans le rectum jusqu'au rétrécissement, et sert de guide à un bistouri boutonné qu'on introduit à plat et qui est ensuite tourné avec le tranchant en arrière à l'effet de diviser, aussi exactement que possible, sur la ligne médiane, toutes les parties molles. L'incision ainsi faite fut d'autant plus profonde qu'on s'approchait davantage de la peau, de façon à représenter un large canal infundibuliforme, dont le sommet correspond au rétrécissement désormais rendu visible, surtout en faisant tirer, par les aides, les lèvres de la plaie en bas et en dehors. Rien de plus facile alors que d'introduire le bistouri dans le rétrécissement, qu'on incise également en arrière de la quantité exactement voulue pour y passer librement le doigt d'abord, et une canule de deux centimètres de diamètre ensuite, qu'on laisse en place le plus longtemps possible.

Pour arrêter la très-petite hémorrhagie en nappe qui provenait de vaisseaux d'un petit calibre, nous avons bourré légèrement la plaie avec quelques boulettes de charpie trempées dans le perchlorure de fer et exprimées au point qu'il n'en restait qu'à peine; sans cela l'on risquerait d'y provoquer un mouvement phlegmoneux parfois grave.

Il va sans dire que les chose étant disposées de la sorte, on n'a point à craindre d'infiltration des matières, nul obstacle physiologique ou autre ne s'opposant plus à l'issue facile de celles-ci au dehors.

Une bonne précaution consiste à se servir d'une canule percée au centre, pour laisser passer les gaz qui incommodent fortement les malades.

Voici maintenant quelles en ont été les suites :

Débâcle, sous forme de diarrhée, d'une grande quantité de matières fécales et fièvre.

L'état continue le même jusqu'au 27.

Le 28, le pouls baisse à 104 et va ainsi en descendant jusqu'à 90 pulsations, qu'il a atteint le onzième jour de l'opération

Le 11 janvier, on administre de l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour, et, à partir du 12, on fait chaque jour par la canule, qu'on ne fait plus garder que deux heures dans la journée, une injection détersive et antiseptique d'iode pour enlever la sanie extrêmement fétide qui s'écoule constamment par l'anus, et qui provient, comme on sait, en pareil cas, de la portion dilatée et exulcérée du rectum, placée au-dessus du rétrécissement.

Le 4 mars, la diarrhée ayant cessé complétement, on laisse de nouveau la canule en place, et l'on passe chaque jour dans l'intestin une injection détersive et modificatrice d'eau et d'extrait de ratanhia.

Le 13, les règles, qui avaient disparu depuis six mois, réapparaissent et continuent régulièrement.

Le 26 avril, l'état de la malade est très-satisfaisant, bien que la diarrhée revienne encore de temps à autre. La canule n'est plus laissée que deux heures par jour, et l'on pratique des injections avec une solution au trentième de nitrate d'argent, en vue de modifier favorablement la surface malade.

Le 10 juin, la malade part pour le Vésinet.

Je l'ai revue à dix-huit mois de là, et la guérison se maintenait, quoique la malade eût négligé de se passer la sonde, ainsi que je le lui avais recommandé.

La seconde observation se rapporte à une femme de 40 ans, qui avait subi, pour son rétrécissement, diverses opérations dans les hôpitaux de Paris.

Voici cette observation intéressante, recueillie par M. Larrey :

La nommée L... Julie, 40 ans, caissière, tempérament lymphatique, entre dans le service du docteur Panas, pour un rétrécissement du rectum, salle Sainte-Marthe.

Cette malade *paraît* avoir eu la syphilis il y a une quinzaine d'années. Elle restait alors en province et suivit un traitement fort mal ordonné et très-irrégulier. *Environ* cinq ou six ans plus tard, le rétrécissement du rectum dont elle est affectée se manifestait déjà, et provoquait une constipation opiniâtre qu'elle ne pouvait faire céder qu'à l'aide d'une purgation. C'est ainsi qu'à la fin de chaque semaine elle prenait une bouteille de limonade purgative qui lui procurait de nombreuses évacuations, et qui lui donnait pour quelques jours assez de soulagement pour lui permettre de travailler.

Cependant la constipation allait s'exagérant ; la défécation ne s'effectuait qu'avec une difficulté extrême et beaucoup de dou-

leurs. En même temps, des accidents gastro-intestinaux se manifestaient, des nausées, surtout quelques vomissements et coliques, des envies d'aller à la selle qu'elle ne pouvait jamais satisfaire.

En 1867, elle entra à l'hôpital Lariboisière dans le service du docteur Cusco, qui pratiqua l'incision du rétrécissement : l'opération ne fut suivie d'aucune amélioration appréciable.

En 1867, vers la fin de l'année, elle vint à l'hôpital de la Charité, dans le service du docteur Gosselin; ce dernier pratiqua de nouveau l'incision du rétrécissement et tenta ensuite la dilatation avec la sonde en caoutchouc, mais sans grand succès.

En 1868, n'obtenant aucun soulagement, malgré cette double opération, la malade entra à l'hôpital de Lourcine, dans le service du docteur Péan. M. Malassez, interne du service, se chargea tout spécialement des soins à donner à la malade et tenta de réduire le rétrécissement à l'aide de la dilatation, pour laquelle il employait le dilatateur de Charrière. A en croire la malade, l'amélioration obtenue était peu sensible lorsqu'elle quitta l'hospice de Lourcine.

Vers la fin de 1869 et au commencement de 1870, elle vint dans le service du docteur Moutard-Martin, à l'hôpital Beaujon. M. Malassez lui continua ses soins. Il chercha, mais en vain, à obtenir la dilatation du rétrécissement: de sorte que la malade, fatiguée de la longueur désespérante du traitement et du peu de succès obtenu, retourna chez elle en province; pendant deux ans, elle prit chaque semaine une purgation pour vaincre la constipation qui devenait de plus en plus opiniâtre, lorsqu'elle entra dans le service du docteur Panas, le 6 août 1872.

La malade est faible, — son teint est pâle, — son ventre est ballonné et distendu par les anses de l'intestin, dilatées par des gaz et des matières fécales. Il s'ensuit que les digestions sont très-difficiles ; d'ailleurs, elle ne peut manger beaucoup sans s'exposer à augmenter l'état de gêne dans lequel elle se trouve et sans provoquer des coliques et des envies d'aller à la selle qu'elle ne peut mettre à exécution.

Le développement du ventre a d'ailleurs une autre cause: la malade est affectée d'un kyste de l'ovaire, à gauche, dont la principale manifestation a été de troubler la régularité des règles.

Lorsqu'on examina le rétrécissement, on constata qu'il était situé à 5 centimètres environ de l'orifice anal. Le simple toucher rectal est fort douloureux et si on cherche à forcer le rétrécissement avec le doigt, on s'aperçoit qu'il est infranchissable, qu'il permet à

peine le passage d'un petit tuyau de plume, et puis d'ailleurs ces tentatives font pousser des cris à la malade.

Après un examen de la lésion plusieurs fois répété, M. Panas propose l'opération qui est acceptée. La malade est purgée sans résultat les 21, 22, 23 août, et, le 24, on pratique la rectotomie externe.

La malade est chloroformée au préalable; le doigt indicateur gauche est introduit dans le rectum jusqu'au rétrécissement et aussi loin que possible, à l'aide d'un bistouri qui glisse le long du doigt indicateur, on incise l'anus en arrière, puis avec un bistouri boutonné on poussait la même incision dans le rétrécissement qui s'étend ainsi jusqu'au sommet du coccyx, et qui intéresse, du dedans au dehors, toute la paroi rectale.

Aucune hémorrhagie n'eut lieu. Le rétrécissement se laisse alors facilement franchir par le doigt, et on introduit dans le rectum une canule en caoutchouc dont la circonférence mesure 8 centimètres. Une fois la canule mise en place, on tamponne la plaie avec de petits morceaux d'amadou perchloruré et on termine par un pansement approprié.

Dans l'après-midi du jour de l'opération, la malade rend par ses canules une quantité considérable de matières fécales liquides. Cette évacuation se continua pendant la nuit et les jours suivants; la malade est soulagée. En même temps la plaie rectale est bourgeonnante et ne semble pas irritée par la matière fécale.

La malade garda la canule jusque vers le 10 septembre; mais depuis l'opération, la diarrhée, les coliques, les nausées, les vomissements n'ont pas cessé, malgré toutes les tentatives faites pour y arriver. On retire la canule, mais les accidents gastro-intestinaux persistent; la malade s'affaiblit lentement. Au bout de dix mois, la canule était introduite de nouveau dans le rectum tout aussi facilement qu'après l'opération. Le rétrécissement ne tend pas à se rétablir. Cependant la malade vomit les moindres aliments qu'elle peut prendre; elle s'épuise en même temps que la diarrhée persiste plus opiniâtre que jamais.

Sous l'influence du mauvais état général, une phlegmatia alba dolens se développe dans le membre inférieur gauche; la malade meurt le 4 novembre.

La pièce anatomique que j'ai l'honneur de vous présenter ici montre les traces de l'opération, qui a parfaitement réussi et le tissu induré et comme fibreux que le bistouri a dû diviser. Il n'y avait autour aucune fusée purulente, et si a malade avait subi

l'opération avant l'épuisement complet de ses forces, nous ne doutons pas que le dénouement aurait été tout autre.

En résumé, la rectotomie externe nous paraît constituer une opération réellement efficace et relativement peu grave, double avantage qu'elle a sur la rectotomie interne. Je conviens toutefois que le nombre des observations n'est pas encore suffisant pour juger la question en dernier ressort, et à cet égard les résultats fournis à notre collègue, M. Verneuil, par l'incision du rétrécissement à l'aide de l'écraseur, plaident en faveur de la méthode opératoire que nous défendons ici.

A quatre heures trois quarts la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1872.

Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — les *Archives générales de médecine et de chirurgie*; — le *Bulletin général de thérapeutique*; — le *Marseille médical*; — le *Montpellier médical*; — le *Bordeaux médical*; — la *Revue médicale de Limoges*; — le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique* (3e fe, t. VI, no 8); — le cinquième fascicule des *Mémoires couronnés par l'Académie royale de Belgique*, contenant un mémoire sur la *fièvre vituleuse*, par M. Contamine.

M. LE FORT offre, de la part de M. Brochin, les articles : CATAPLASMES et MATERNITÉS, extraits du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

RAPPORT

Traitement de la syphilis; de la valeur des différentes manières d'administrer le mercure. — M. DUPLAY lit un rapport sur un travail de M. le docteur Spillmann relatif à ce sujet. L'auteur, résumant 110 observations, concluait que de toutes les manières d'administrer le mercure, les préparations préférables étaient les médications internes et ensuite les frictions, et enfin les injections hypodermiques, qui devaient être reléguées pour les cas spéciaux.

Le rapporteur conclut dans le même sens, mais il pense que pour formuler un jugement définitif, il faudrait avoir un nombre égal de faits observés pendant le même temps et suivis plusieurs années après les différentes sortes de traitement.

Le rapporteur conclut, en outre, au renvoi du travail de M. Spillmann au comité de publication et à l'inscription de l'auteur sur la liste des candidats au titre de membre correspondant (adopté); le renvoi du rapport au comité est également voté par la Société.

M. PANAS. M. Duplay a jugé avec rigueur les frictions mercurielles; elles sont à mon avis la meilleure manière d'administrer le mercure, elles agissent en moyenne au bout de 40 jours. Je n'ai jamais nié que la méthode pût échouer, mais je la crois bien meilleure que ne l'a dit le rapporteur. Selon moi, elle a une grande activité, puisque c'est elle qui provoque le plus vite la salivation. Cette salivation est-elle considérée comme un désavantage? Je dis qu'on peut l'éviter en faisant faire usage préventivement de gargarismes astringents.

Les syphilis sont moins rebelles aux frictions qu'aux autres modes d'appliquer le mercure; une syphilide qui a résisté aux autres préparations mercurielles guérit souvent par l'application des frictions. Celles-ci constituent une méthode active qui raccourcit le traitement de la syphilis.

D'un autre côté, les médications internes se transforment dans l'estomac de mille manières et aboutissent toutes à se transformer en calomel ou en sublimé corrosif. C'est le sublimé qui est absorbé en quantité variable. On purge le malade ou on ne sait pas ce que l'on administre. Au milieu de ces incertitudes, il y a un fait qui domine, c'est la fatigue de l'estomac; puis le mercure administré passe par le foie, a une singulière affinité pour cet organe, et c'est à un

tel point qu'on y retrouve le mercure alors que les autres organes n'en contiennent plus.

Il y a aussi des syphilis qu'on ne guérit pas par le mercure seul, et s'il faut donner de l'iode, au lieu d'administrer le bi-iodure qui est, selon moi, une très-mauvaise préparation, il est très-profitable de ne pas fatiguer l'estomac, de donner le mercure à l'extérieur et l'iode à l'intérieur. Dans le cas où il faut tonifier le malade, comme le recommande M. Després, l'estomac doit être respecté.

On dose mieux le mercure administré en frictions que par la voie gastrique, et on doit employer le premier mode de préférence. J'ai vu, étant encore élève, un jeune homme qui est mort de la syphilis parce qu'une gastralgie s'opposait à ce qu'on lui administrât les mercuriaux. Si l'on avait su alors employer les frictions, je suis sûr que le malade aurait guéri. J'ajoute que la syphilis des enfants ne peut être traitée que par les frictions et qu'elles sont ici préférables à tout autre moyen, elles ne causent même pas la salivation.

M. DESPRÉS. La méthode des injections sous-cutanées dont l'excellence avait été admise ici, est aujourd'hui jugée moins favorable. Les frictions, qui un an avant avaient été déclarées excellentes, sont critiquées par M. Spillmann. Il faudrait pourtant que les partisans du mercure s'entendissent.

Mais qu'on nous montre donc une action sur les cas graves, sur ceux qui, dit-on, résistent au mercure. C'est là qu'est la question. Me sera-t-il permis de dire que 110 observations constituent un chiffre bien minime; la société ne peut être édifiée sur un pareil chiffre, quand elle a dit que je n'avais pas assez de malades, quand je lui en présentais 1,200.

M. PERRIN. J'étais partisan des frictions mercurielles lors de la discussion à la Société de chirurgie. Je n'ai point changé d'opinion et je ne redoute point le danger de la salivation, car on peut la prévenir par les gargarismes. Comme M. Panas, je crois les onctions mercurielles préférables à la médication interne, qui fatigue l'estomac. Je pratique, pour ma part, les onctions mercurielles sur une petite surface, et lorsque le traitement est bien fait, je ne redoute aucun accident.

M. LARREY. Les frictions mercurielles ont toujours été pratiquées par les chirurgiens militaires contre la syphilis. Je dis les chirurgiens, parce que, dans l'armée, ce sont les chirurgiens et non les médecins qui traitent la syphilis. L'abus des frictions seul avait causé une réaction et avait fait naître le traitement de la syphilis sans mercure, d'après le système de physiologie de Brous-

sais; mais on est revenu aux frictions. Ceci a été discuté à l'occasion des communications de M. Després.

M. DUPLAY. M. Spillmann n'a pas rejeté les frictions; il leur donne seulement le second rang et les réserve pour les cas où il veut obtenir une action rapide. J'ai abondé dans le sens de M. Spillmann, non pas à cause du danger de la salivation, mais parce que les frictions ont causé des dyspepsies, des congestions pulmonaires et même cérébrales qui ont obligé le chirurgien à suspendre l'emploi des mercuriaux.

Ponction aspiratrice dans un cas de hernie cœcale étranglée. — M. VERNEUIL fait un rapport verbal sur l'observation suivante, de M. le docteur Follet, et demande le renvoi de cette observation, très-bien discutée, au *Bulletin*. (Adopté.)

J'ai eu tout récemment, dit M. Follet, à l'hôpital Saint-Sauveur, de Lille, dans le service de clinique chirurgicale de l'École de médecine, un cas présentant, avec l'observation publiée par M. Richet (*Gaz. des hôp.*, 27 juillet 1871), des analogies au point de vue du traitement.

Comme dans cette observation, malgré deux piqûres pneumatiques non suivies de tentatives de taxis, l'opération devint indispensable et fut pratiquée le lendemain. Les suites en furent malheureusement fatales, et je pus compléter l'observation par l'examen anatomo-pathologique et juger de l'action qu'exerce une aiguille capillaire sur les parois de l'intestin.

Comme, outre l'intérêt qu'il présente au point de vue de la thérapeutique chirurgicale, ce fait se rapporte à une espèce de hernie assez rare, la hernie totale du cœcum, j'en soumets à la Société de chirurgie la relation détaillée.

Hernie inguinale. — Étranglement. — Tentatives de taxis. — Ponctions aspiratrices. — Opération; hernie cœcale. — Péritonite; mort. — Autopsie.

Le 4 juillet dernier, entre au n° 9 de la salle Saint-Charles, un homme d'une trentaine d'années, portant une volumineuse hernie inguinale du côté droit, qu'il maintient depuis plusieurs années à l'aide d'un bandage. Lorsqu'il ôte ce bandage, la hernie sort facilement, mais rentre ordinairement de même Plusieurs fois cependant la réduction a été difficile, et il est à plusieurs reprises entré à l'hôpital pour se faire réduire sa hernie, sortie depuis vingt-

quatre ou quarante-huit heures sans qu'il pût la faire rentrer lui-même.

La dernière fois que cet accident lui est arrrivé, il y a un an à peine, il se produisit des symptômes d'étranglement, et le taxis fut tenté à plusieurs reprises avec l'aide du chloroforme, sans amener aucun résultat. L'opération de la hernie étranglée allait être pratiquée par M. Parise. Le malade était déjà endormi à cet effet, lorsqu'à une dernière tentative faite avant l'incision, pour ainsi dire par acquit de conscience, la hernie rentra. Une pareille leçon ne suffit pas pour persuader ce malheureux de l'absolue nécessité où il était de ne jamais marcher ou travailler sans bandage, et, dans les derniers jours du mois de juin, le ressort de celui qu'il portait s'étant brisé, il négligea d'en venir demander un autre à la consultation gratuite de son quartier.

La hernie sortit et résista à tous les efforts qu'il fit pour la réduire ; des douleurs très-vives se faisaient sentir dans la partie herniée et le malade ne pouvait faire quelques pas que courbé en deux. Bientôt survinrent la constipation et les vomissements. Cet état durait depuis plus de deux jours quand il entra à l'hôpital. La hernie était inguino-scrotale, volumineuse puisqu'elle était à peu près grosse comme le poing ; elle était assez douloureuse au toucher. Distendue par des gaz, elle rendait à la percussion un son tympanique.

J'essayai d'abord le taxis sans chloroforme, le malade étant couché sur le dos et tous les muscles en relâchement complet. Après quelques minutes de vaincs tentatives, je donnai le chloroforme, et, après avoir obtenu la résolution, je m'efforcai, pendant un quart d'heure environ, de faire rentrer cette volumineuse hernie en l'effilant au niveau du collet pour la faire graduellement repasser par l'anneau. Je n'aboutis à rien. Enfin, j'essayai la bande de caoutchouc enroulée autour de la hernie de façon à exercer une puissante compression du fond vers le collet. Aucun succès. Je laissai le malade se réveiller, je fis appliquer une vessie de glace sur la tumeur, je lui prescrivis de petits morceaux de glace à avaler pour calmer les vomissements, et je recommandai qu'on lui donnât plusieurs lavements purgatifs. Dans la journée, je priai mon ami M. Castiaux, qui se trouvait à Lille, de venir le lendemain matin à l'hôpital muni de son appareil à ponction aspiratrice.

Le 5 au matin, rien n'était changé dans l'état du malade. Il avait encore eu quelques vomissements ; pas de garde-robes. La tumeur

était toujours douloureuse et la peau qui la recouvrait un peu rouge, suite évidente des efforts du taxis. La hernie étant toujours distendue par des gaz et peut-être par du liquide, il me semblait très-indiqué d'évacuer liquide et gaz au moyen d'une très-fine aiguille creuse mise en communication avec un appareil pneumatique.

M. Castiaux fut de mon avis, et sur-le-champ nous pratiquâmes une piqûre avec son aiguille n° 1 (la plus fine), à la partie moyenne de la face antérieure de la hernie; puis, le vide étant fait dans le petit récipient et l'aiguille ajustée au tube de communication, nous vîmes, dès que le robinet fut ouvert, se précipiter dans le récipient un liquide dont l'aspect et l'odeur ne laissaient aucun doute sur sa nature stercorale.

Au bout de quelques minutes, l'écoulement ayant cessé et la tumeur n'ayant que peu diminué de volume, une seconde ponction capillaire fut faite en dedans de la première. Elle ne donna issue à aucun liquide ni à aucun gaz. Suivant toute probabilité, nous étions tombés dans le tissu cellulaire péri-herniaire.

Une troisième ponction fut faite sur la même ligne verticale que la première, mais plus haut. Celle-ci livra passage à une grande quantité de gaz et de liquide stercoral. Quand l'écoulement cessa, le récipient renfermait 75 à 100 grammes de liquide, et la tumeur était réduite à la moitié de son volume environ.

A ce moment, devais-je chercher à réduire? Peut-être aurais-je pu le faire sans trop d'efforts. J'avoue que, pas plus que M. Richet, je n'ai osé presser et malaxer une portion d'intestin qui venait d'être le siége de deux, peut-être de trois piqûres. On dit bien, il est vrai, que les solutions faites au moyen d'une aiguille capillaire ne consistent qu'en une sorte d'écartement des tissus qui reviennent sur eux-mêmes dès que l'on a retiré l'instrument et bouchent si bien l'orifice qu'il ne peut plus donner issue à aucun liquide ni même à aucun gaz. Malgré cela, je n'étais pas alors convaincu que ces acupunctures, quelque capillaires qu'elles fussent, ne laisseraient point sourdre, sous l'influence des efforts de taxis, une certaine quantité de liquide intestinal dont la présence dans le péritoine pouvait avoir de graves danger. Ce mode de traitement n'a point encore été appliqué assez souvent pour m'enlever toute crainte à ce sujet. Je voyais de plus M. Castiaux qui, ayant pratiqué un grand nombre de ponctions pneumatiques, devait nécessairement avoir en cette matière plus de hardiesse que moi, se ranger à l'avis qu'il valait mieux laisser tranquille la hernie dégonflée,

dans l'espérance de la voir rentrer spontanément sous l'influence des excitants intestinaux.

En conséquence, je fis replacer de la glace sur la hernie, et je prescrivis quelques verres de limonade Rogé et quelques lavements purgatifs.

La journée fut mauvaise. Aucune réduction n'eut lieu, les vomissements continuèrent, les douleurs reparurent. Le lendemain matin, la hernie avait repris au moins son volume de la veille; la peau de la face antérieure était d'un rouge intense, la moindre palpitation très-douloureuse. Pouls petit et rapide, face grippée, etc.

Je jugeai l'opération urgente et je la pratiquai sur-le-champ. M. Castiaux, qui était présent, voulut bien m'aider.

Le malade étant chloroformé, après avoir incisé successivement, et couches par couches, la peau et plusieurs plans aponévrotiques lamellés, je vis, par une petite ouverture faite en décollant un feuillet qui faisait le fond de la plaie, sortir une ou deux gouttes de liquide jaunâtre, j'incisai sur la sonde cannelée; j'étais sur l'intestin.

Cet intestin, c'était le cœcum, en totalité, avec son appendice vermiculaire très-distinct et quelques centimètres de la portion terminale de l'iléon. Il n'existait pas de sac herniaire proprement dit. A la partie entéro-supérieure de la tumeur herniaire seulement, on trouvait un feuillet péritonéal que l'organe avait entraîné en se déplaçant; sur les parties latérales, postérieure, inférieure, la hernie était en rapport avec le tissu cellulaire, et, en la soulevant, on apercevait parfaitement sous elle le cordon spermatique.

Cette locomotion par entraînement et cette disposition tangentielle du péritoine dans les hernies cœcales sont la règle; aussi quelques auteurs ont-ils pensé que, dans les cas où les chirurgiens ont trouvé la hernie du cœcum complétement dépourvue d'enveloppe séreuse, l'opérateur avait pratiqué l'incision en dehors de ce sac herniaire rudimentaire.

J'introduisis le petit doigt de la main gauche dans l'anneau inguinal, et, glissant sur ce conducteur un bistouri boutonné courbe, je pratiquai deux débridements, l'un directement en haut, l'autre en haut et un peu en dedans.

Nous examinâmes avec beaucoup de soin l'intestin, nous ne trouvâmes d'autres traces des piqûres de la veille qu'une sorte de petite élevure blanchâtre qui nous *parut* être la trace de l'une des deux ponctions. En un autre point se voyait une petite tache vio-

lacée. L'intestin était parfaitement intact au niveau de la constriction. Je procédai à la réduction, qui ne fut pas tout à fait facile ; il fallut faire rentrer peu à peu cette volumineuse hernie.

Je plaçai un point de suture à la partie supérieure et à la partie inférieure de l'incision, et je couvris le reste de charpie. Je ne cherchai pas à provoquer immédiatement les selles par l'administration d'un purgatif. Presque toujours la levée de l'étranglement suffit à faire cesser les accidents, avant qu'il y ait eu des évacuations, et alors même que ces évacuations n'arrivent que trois, quatre jours et plus après l'opération. Je crois que les symptômes de l'étranglement tiennent plutôt à la compression de l'intestin qu'à la rétention des matières stercorales. Cette pathogénie est mise clairement en évidence dans les cas où des phénomènes graves et même mortels qui accompagnent l'étranglement d'un organe dont la striction n'interrompt point le cours des matières, l'appendice iléo-cœcal par exemple. Il me paraît, en conséquence, inutile d'exciter par un purgatif la contraction et le déplacement d'une portion du tube intestinal qui vient de subir un étranglement prolongé. Les phénomènes phlegmasiques dont il pourrait devenir le siége ou le point de départ ont beaucoup moins de chances de se développer, si l'organe reste en complet repos dans l'endroit du ventre où l'aura replacé la réduction.

Je donnai donc à mon malade quelques pilules d'extrait thébaïque, du boulllon et du vin.

7 juillet. Les vomissements ont cessé, la face est meilleure, le pouls est encore à 104. Le ventre n'est pas douloureux, si ce n'est dans la fosse iliaque droite.

Le 8 juillet, même état ; la douleur dans la fosse iliaque droite a augmenté ; le pouls est toujours assez élevé.

Le 9 juillet, la peau de la face iliaque droite est rouge, on sent à ce niveau une fluctuation manifeste ; c'est une fusée purulente sous-cutanée partant de l'extrémité supérieure de la plaie. Je pratique une contre-ouverture. Le lendemain, le malade est agité ; il se plaint de coliques vives, il a eu dans la nuit plusieurs selles diarrhéiques.

Enfin dans la nuit du quatrième au cinquième jour, au moment où on pouvait concevoir l'espoir d'éviter la péritonite généralisée, plusieurs frissons éclatent, des douleurs abdominales aiguës se montrent, le ventre se ballonne, des vomissements bilieux incessants s'établissent, le pouls s'accélère et se serre, la face se grippe, et le malade meurt le 11 juillet, cinq jours après l'opération.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, on trouve les lésions ordinaires de la péritonite aiguë ; épanchement assez abondant dans lequel nagent des flocons pseudo-membraneux adhérents aux intestins, etc. Rien de particulier à noter du côté de l'anneau, où on voit la trace des deux débridements.

Le cœcum, la première portion du côlon ascendant, et la partie terminale de l'iléon furent enlevés et soigneusement examinés : — On ne trouva comme *trace possible* des deux piqûres, qu'une sorte de petite boursouflure, un peu violacée sur la face antérieure du cœcum ; et il ne me paraît même pas certain que ce fût véritablement là la cicatrice d'une des deux acupunctures.

Insufflé sous l'eau, l'intestin, quoique très distendu par les gaz, ne laissa s'échapper aucune bulle d'air, la paroi était tout à fait intacte, et le cœcum restait parfaitement gonflé.

Ce fait me paraît intéressant à plusieurs points de vue. La hernie complète du cœcum n'est pas un fait très-commun, et il est plus rare encore d'observer l'étranglement de la hernie cœcale. — Dans les cas semblables au nôtre, au point de vue de la disposition du péritoine relativement à l'intestin (et ces cas sont les plus fréquents), l'agent d'étranglement ne peut être le collet du sac, puisque le sac n'existe pas, ou qu'il est tout à fait rudimentaire. Le petit feuillet péritonéal antérieur ne peut évidemment exercer aucune action sur l'intestin. (Il faut donc de toute nécessité que l'anneau soit ici l'agent constricteur.) J'avoue du reste que toutes les discussions sur les rôles comparés de l'anneau ou du collet, me paraissent avoir souvent moins d'importance qu'on ne leur en prête. La distinction peut avoir sa raison d'être pour les hernies étranglées de petit volume, dures, arrondies, uniformes, ne renfermant que peu ou point de liquide et de gaz ; mais dans les hernies volumineuses, qui s'étranglent comme par le mécanisme de l'engouement, dans les hernies que Malgaigne appelait *enflammées* et Goyrand (d'Aix) *étranglées au premier degré*, il me semble que les vrais phénomènes producteurs de la constriction se passent bien plutôt du côté de l'intestin hernié que du côté de l'anneau ou du collet du sac, et que la hernie *s'étrangle* plutôt qu'elle *n'est étranglée*. Je m'explique : les liquides stercoraux et les gaz qui pénètrent dans la portion herniée, les sécrétions muqueuses qui se produisent dans l'anse déplacée, augmentent son volume, et cette augmentation de volume équivalant à une diminution de diamètre de l'anneau, amène la compression du pédicule herniaire ; cette compression à son tour détermine une stase sanguine, un gonflement passif ou inflammatoire des parois

intestinales. Nouvel accroissement de la hernie qui redouble la constriction. Il se passe là quelque chose de tout à fait analogue à ce qui arrive lorsqu'un doigt atteint de panaris est étranglé par une bague, dont le diamètre est pourtant invariable. — C'est ainsi que je comprends la marche des phénomènes dans le cas actuel et dans beaucoup de cas de hernie étranglée.

Mais c'est surtout au point de vue de la conduite chirurgicale, à tenir dans les cas de hernie étranglée par le mécanisme de l'engouement que notre observation nous paraît instructive.

L'examen que nous avons fait de l'intestin pendant l'opération, vingt-quatre heures après les acupunctures pneumatiques, examen qui ne nous a permis de retrouver aucune trace *certaine* des piqûres faites la veille; l'examen anatomo-pathologique auquel nous avons procédé, démontrant au moyen d'une insufflation pratiquée avec une grande force que les ponctions n'ont laissé dans les parois intestinales aucune ouverture capable de livrer passage à l'air qui les distend; toutes ces constatations tendent à prouver que la ponction aspiratrice dans les hernies étranglées est toujours une pratique inoffensive.

Dans les cas d'hydropisie du sac, où l'enveloppe séreuse seule est intéressée, elle ne peut évidemment amener aucune complication. Dans le cas où l'intestin lui-même est piqué, le gonflement subit qui en résulte, permet aux fibres qui constituent la paroi intestinale de revenir sur elles-mêmes aussitôt le trocart capillaire enlevé, et de boucher immédiatement l'ouverture infiniment petite qu'a produite l'aiguille, ouverture qui devient tout de suite imperméable aux liquides et aux gaz, et dont on ne retrouve quelquefois pas de trace nette au bout de 24 heures, comme on a pu le voir plus haut.

Mais, on a même parfois réduit dans le ventre une anse intestinale embrochée, d'outre en outre, par le petit trocart, sur laquelle se voyaient nettement les trous de trois piqûres, et que l'on avait de plus soumise par deux fois au taxis, après chacune des ponctions; sans aucun inconvénient. M. Verneuil a tout récemment communiqué à la Société de chirurgie un fait de hernie inguinale étranglée depuis seize heures. La tumeur était fluctuante; par la ponction aspiratrice, M. Verneuil retira 400 grammes d'un liquide rosé venant du sac. Après cette évacuation, il fit une tentative de réduction qui fut inutile. Seconde ponction et aspiration; il ne sortit rien. Troisième piqûre par laquelle s'écoula une petite quantité d'un liquide rougeâtre et filant. Il refit le taxis mais ne prolongea pas

les efforts. Il pratiqua alors la kélotomie; l'intestin était un peu livide, *on y voyait trois perforations, deux du second coup de trocart, une du troisième.* M. Verneuil débrida largement, lia l'épiploon, (car la hernie était une entéro-épiplocèle) et réduisit. Le malade guérit.

Ainsi l'aspiration peut ne pas amener la réduction, mais elle est incapable de produire par elle-même aucun accident sérieux ni de compromettre en aucune façon le succès final, soit que la hernie rentre par le taxis, soit qu'une opération ultérieure devienne nécessaire.

La démonstration de cette innocuité absolue de la ponction pneumatique est nécessairement de nature à encourager le courant d'opinion qui porte en ce moment tous les chirurgiens à la pratiquer dans la hernie étranglée. La conviction profonde que la piqûre ne peut laisser à sa suite aucune solution de continuité immédiate ou consécutive, aucune plaie ou ulcération qui puisse permettre le passage aux liquides intestinaux, cette conviction, dis-je, engagera les chirurgiens à être, après la piqûre, plus hardis que je ne l'ai été moi-même, et à procéder au taxis lorsque la hernie vidée et dégonflée a toutes chances de rentrer facilement. Il suffit alors quelquefois de très-légers efforts pour obtenir la réduction. M. Demarquay a cité un fait dans lequel, après l'aspiration, il suffit de presser très-légèrement de bas en haut pour sentir l'intestin rentrer dans la cavité abdominale; la guérison fut bientôt complète.

Chez mon malade je regrette vraiment d'avoir, par excès de prudence, renoncé à faire le taxis après la ponction. Il est toujours difficile de préjuger le résultat d'une manœuvre aussi capricieuse que le taxis; cependant il me semble qu'étant donné le dégonflement très-notable qu'avait subi la tumeur, j'avais des chances de succès; en tout cas, eussé-je échoué, je ne compromettais en rien la situation du malade et la réussite de l'opération future. Jusqu'à ce jour les essais de ponction pneumatique dans les hernies sont encore assez rares, et il serait téméraire de vouloir dès aujourd'hui poser des indications absolues, d'autant plus que beaucoup de chirurgiens ont encore publié leurs tentatives. M. Fleury (de Clermont) envoyait, le 31 juillet, à la Société de chirurgie une note où il demandait des faits qui pussent établir les indications et les contre-indications du moyen thérapeutique dont nous nous occupons. C'est pour répondre à cet appel que je publie l'intéressante observation qui précède. Je ne veux certes point en tirer des conclusions prématurées, il me paraît seulement résulter des faits déjà connus, que

les chirurgiens peuvent, sans crainte et en toute sécurité de conscience, appliquer l'acupuncture aspiratrice aux hernies *récemment étranglées*, aussi bien à celles qui s'étranglent par striction directe du collet ou de l'anneau, qu'à celles qui s'étranglent par le mécanisme de l'engorgement, mais c'est dans ces dernières qu'elle est particulièrement indiquée et qu'elle sera surtout efficace. On pourra après la piqûre pratiquer immédiatement le taxis.

La seule contre-indication absolue me paraît être, ainsi qu'on l'a déjà écrit du reste, celle qui résulte de l'ancienneté de l'étranglement et des doutes que l'on peut avoir sur l'intégrité de l'organe hernié; car l'aspiration des liquides et des gaz, ayant pour but de faciliter le taxis, ne doit être pratiquée que lorsque l'on est à peu près sûr de faire rentrer dans l'abdomen une anse intestinale non altérée et susceptible de reprendre ses fonctions.

M. DEMARQUAY. J'ai été heureux d'entendre dans cette note une preuve de plus du fait avancé par M. Dolbeau, à savoir l'innocuité des ponctions de l'intestin avec le trocart capillaire. Je dirai en outre que j'ai étendu l'usage des ponctions capillaires évacuatives dans l'étranglement interne; dans un cas récent, j'ai vidé des liquides et des gaz arrêtés dans l'intestin, et fait cesser le météorisme, ce qui m'a permis de préciser le siége de l'obstacle au cours des matières et de faire une entérotomie qui jusqu'ici semble couronnée de succès.

COMMUNICATION

Nature de l'amaurose dans l'intoxication saturnine. — M. DESPRÉS présente le dessin ophthalmoscopique de la rétine d'un malade observée à l'hôpital Cochin. C'est, dit-il, un cas de rétinite albuminurique, exsudat rétinien blanc circonscrivant la moitié de la papille, chez un malade qui n'a pas d'albumine dans les urines, et qui a eu depuis quinze mois les accidents complets de l'intoxication saturnine, coliques, phénomènes cérébraux et paralysie des extenseurs des mains. Ce malade avait travaillé, il y a quinze mois, à la fabrique de céruse de Clichy, milieu reconnu le plus dangereux pour les ouvriers, et avait été pris presque aussitôt d'accidents saturnins graves; mais il n'y a que trois mois que la vision s'affaiblissait progressivement.

L'amaurose a été signalée comme un des accidents de l'intoxication saturnine, et depuis que l'on a su, d'après les travaux de M. Olivier, que les saturnins avaient de l'albuminurie, la théorie

indiquait d'avance la réalité du fait que je présente aujourd'hui. Le malade a eu de l'albuminurie plus ou moins fugace; à un moment donné, il y a eu rétinite albuminurique, et ce que l'on voit aujourd'hui est la terminaison d'une lésion rétinienne déjà ancienne. Ce que l'on peut dire ici de particulier, c'est que, dans l'intoxication saturnine, la rétinite a les caractères de la rétinite albuminurique, et qu'elle a une marche envahissante plus rapide que dans la rétinite albuminurique simple.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. PRETERRE présente six malades atteints de division congéniale de la voûte palatine, auxquels il a appliqué des appareils de son invention, des voiles du palais artificiels avec lesquels la phonotion et la prononciation sont rétablies.

A cinq heures la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÈS.

SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1872.

Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend ;

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — la *Gazette médicale de Strasbourg*; — le *Lyon médical*; — le *Bordeaux médical*; — le *Bulletin médical du nord de la France*; — l'*Art dentaire*; — la *Gazette obstétricale de Paris*.

M. RIZZOLI, membre correspondant, adresse à la Société trois

brochures en italien intitulées : *Absence, sur une jeune fille, de la matrice et du canal vaginal ; création de ce canal ; guérison. — Appareil musculaire ano-périnéal étudié sur le cadavre d'une très-jeune fille autrefois opérée d'une atrésie anale avec embouchure du rectum dans la vulve. — Grand et profond papillome de l'ombilic détruit entièrement par le caustique.*

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE

Les candidats sont, par lettre alphabétique :

MM. Ledentu,
Magitot,
Pollaillon.

La commission présente *ex æquo* par lettre alphabétique :

MM. Ledentu,
Pollaillon.

Au 1er tour de scrutin, sur 26 votants, ont obtenu :

M. Ledentu............	3	voix
M. Magitot............	11	—
M. Pollaillon..........	11	—
Bulletin blanc..........	1	—

Au 2e tour, sur 28 votants :

M. Ledentu...........	1	—
M. Magitot............	13	—
M. Pollaillon..........	14	—

Au 3e tour, sur 28 votants, majorité, 15 :

M. Magitot............	15	—
M. Pollaillon..........	12	—
Bulletin blanc.........	1	—

M. Magitot est élu membre titulaire.

COMMUNICATION

M. DAVAT, membre correspondant, adressse à la Société plusieurs observations relatives à l'obstétrique.

1. Accouchement successif de deux enfants inégaux.— Le 13 novembre passé, j'étais auprès d'une femme en couche. Le travail avait commencé la veille, et depuis plus de six heures le pied gauche de l'enfant se présentait à la vulve. Je me mis à l'œuvre sans même placer la femme au bord du lit, car j'avais affaire à une conformation régulière avec dilatation facile. Ma main droite, introduite et conduite par le membre sorti, j'arrivais dans la fosse iliaque gauche, ou j'ai rencontré les fesses de l'enfant, puis sur son dos un corps allongé que je ne pus reconnaître, et que j'abandonnai pour aller à la recherche du pied droit. Ce dernier saisi, je le rejoignis au pied gauche, et un enfant né mort depuis quelques heures fut amené avec un cordon flétri qui se déchira par quelques tractions. Cet enfant avait tous les caractères physiques qu'on accorde aux enfants à terme. J'introduisis de nouveau ma main, et je trouvai, dans la fosse iliaque gauche, un fœtus détaché de son placenta, que j'ai amené à son tour.

Ce fœtus, auquel je joins son placenta et que j'ai l'honneur d'adresser à la Société, a vécu de la vie intra-utérine pendant quelques mois seulement, et semble être mort par compression.

Il s'agissait de débarrasser la mère; mais je désirais aussi reconnaître l'intérieur de l'utérus et me rendre un compte exact de ce qui s'y était passé. Une troisième introduction nécessitée par la déchirure du cordon, me conduisit dans la fosse iliaque droite, où j'ai saisi le placenta de l'enfant à terme. Il y était décollé et libre. Je l'ai sorti en entier avec ses membranes et un peu de sang et d'un seul trait. La mère, fatiguée par ces manœuvres rapides qui avaient duré dix à douze minutes, souffrant aussi de douleurs de contractilité, me demanda quelques minutes de repos. Je lui en accordai cinq ou six, en la prévenant que j'avais encore un placenta à chercher. Dans ma quatrième exploration, ma main put encore facilement outrepasser le col, mais la matrice, allongée, ne formait plus qu'un canal. Sa paroi, logée dans la fosse iliaque droite, était contractée, résistante; tandis que celle de la fosse iliaque gauche restait extensible. En longeant cette dernière, je pus arriver au sommet du plan supérieur de la matrice, la hauteur sous-ombilicale, où était encore implanté et très-adhérent le placenta du fœtus. Je dus le détacher avec mes doigts. Il s'écoula un peu de sanie, et son extirpation me le montra sans les membranes de la poche, qui n'étaient qu'en lambeaux.

Voici les antécédents de la mère : C...(Marie), est âgée de 38 ans. Elle est accouchée à terme, il y a deux ans, d'un enfant présentant

l'épaule, ayant exigé la version, et qui n'a pas vécu. Ses règles sont revenues quatre mois après cette couche et se sont depuis lors régulièrement suivies jusqu'en fin décembre, où elles se supprimèrent pour reparaître une seule fois le 2 du mois de mars. Cette femme, douée d'une bonne constitution, soupçonna, en février, qu'elle était enceinte; car elle eut des tensions aux seins, des maux de cœur, des malaises, symptômes subis lors de sa première grossesse; mais l'apparition des règles, en mars, la dissuada, quoiqu'elle continuât à éprouver les mêmes phénomènes. Seulement, en avril, ces phénomènes arrivèrent deux fois au vomissement. En mai et juin, son ventre ayant pris un développement appréciable, elle perçut, dès juillet, des mouvements, et depuis lors la durée de la gestation s'est accomplie sans douleur, sans perte, sans accident, sans témoignage d'aucune sorte.

Conclusion. — La grossesse a été double. Des deux enfants venus, l'un est d'une croissance à terme; l'autre est un fœtus incomplet, avorté.

Ce dernier est-il d'une création de décembre ou de mars, ou même consécutive? L'insertion de son placenta est plus élevée que celle de son frère.

Quoi qu'il en soit de cette origine, il est resté mort dans le sein de sa mère, sans lui nuire, sans nuire à son frère, sans être une cause d'accouchement.

Dès lors, n'est-on pas en droit de conclure que la circulation des deux êtres a été utérinement indépendante, et qu'elle s'est exercée pour chacun par région limitée sur la matrice, et qu'enfin le décollement du placenta a été la cause unique de l'accouchement?

Il ne m'appartient pas de faire de la théorie sur la cause première des acouchements en général, mais je n'en suis pas moins convaincu que la déchirure des vaisseaux utérins joue le plus grand rôle dans l'œuvre de contractilité qui expulse l'enfant et sauve la mère des hémorrhagies : contractilité qui a prouvé, dans le cas présent, la vérité de cette doctrine de Deneux, que la matrice ne se contracte que par région et successivement.

2. Accouchement vaginal. — Une femme de 36 ans, primipare, mourut éclamptique entre les mains d'un confrère, qui avait fait de vains efforts pour amener l'enfant à l'aide des fers.

Deux heures après son décès, nous procédâmes à son ouverture, le docteur Antoine Despine et moi. Le travail d'enfantement avait duré trois jours, et les douleurs de contraction avaient cessé depuis

six heures. L'enfant, retenu au détroit supérieur, était présumé mort. La ligne médiane ouverte et les parois abdominales relevées, nous vîmes d'abord qu'une infiltration sanguine occupait les tissus du bassin et que l'enfant, qui n'avait pas franchi le détroit supérieur, était entouré par une poche membraneuse solide, infiltrée de sang, et qu'au sommet de cette poche se trouvait une tumeur arrondie, charnue, du volume du poing. Les ligaments suspenseurs, participaient aussi de l'infiltration.

La poche qui contenait l'enfant, toute supérieure au détroit et qui s'étendait d'une fosse iliaque à l'autre jusqu'au-dessous de l'estomac, fut ouverte avec soin et déployée sur ses bords.

L'enfant présentait la première position, la tête enclavée dans le détroit supérieur, le dos appuyé à gauche, replié en haut, et les membres inférieurs sur le ventre. La matrice, revenue entièrement sur elle-même, l'avait expulsé, et le vagin, remonté, avait prêté à une dilatation suffisante pour le recevoir, ainsi que son placenta. Nous sortîmes l'enfant mort de sa loge. Il était baigné de sang et d'un volume ordinaire.

La plaie lavée, le col utérin nous présenta son ouverture fermée, et la matrice n'avait aucun témoignage de l'œuvre qu'elle venait d'accomplir. Sa cavité était vide et son volume normal.

La muqueuse vaginale resta noire sous le lavage. Elle était çà et là éraillée, mais sans déchirure visible, malgré les tiraillements d'exhaussement qui avaient effacé ses plis.

La paroi externe de la poche était dense, serrée. Ses mailles étaient infiltrées de sang noir déposé dans les cellules, ce qui lui donnait un aspect charnu et un épaississement supérieur du double à son état normal. Cette infiltration s'étendait de la matrice à la vulve.

L'obstacle à l'expulsion de l'enfant existait au détroit supérieur, très-rétréci.

L'accouchement dans le vagin est donc un fait réel, et dans ce cas il est probable qu'il a eu lieu pendant la vie. C'est au moins ce que semble dire l'infiltration active des organes pelviens, et les douleurs d'expulsion qui avaient cessé quand le chirurgien fut appelé par la pauvre malade.

Cette forme d'accouchements ne demande-t-elle pas une division dans leur classification?

3. Du degré de dilatation possible du canal de l'urèthre chez la femme. — Il y a vingt ans, une femme de Méry, âgée de 47 ans, primipare, était en couches depuis deux jours, souffrant

beaucoup, sans que le travail fît faire un avancement à l'enfant. Je fus appelé. Mon premier devoir fut de toucher la femme; écartant donc les grandes lèvres, mon indicateur et le médius réunis pénétrèrent sans obstacle dans un bas-fond, où je rencontrais une poche onctueuse et limitée, en arrière de laquelle je sentais la tête de l'enfant. Surpris par cet obstacle qui n'avait aucun des caractères du ballottement ni du col utérin, obstacle dont les parois se développaient comme une bourse autour de mes doigts. j'abandonnai la place et pour reconnaître la position, la femme fut mise sur le bord du lit. Les grandes lèvres écartées, je trouvai le méat urinaire béant et dilaté ainsi que son canal jusque dans la vessie. Cette dilatation était égale à une circonférence de douze centimètres, volume de mes deux doigts introduits ensemble. Cette dilatation accomplie en dix heures, lentement et progressivement par l'accoucheuse ignorante, à l'aide de son indicateur, n'avait amené que des douleurs encore moins vives que celles du travail d'enfantement, et quelques stries de sang.

Ce qui avait induit en erreur la sage femme villageoise, ce qui lui avait fait prendre le méat urinaire pour l'ouverture du vagin, c'est que ce dernier était oblitéré par une membrane d'une résistance et d'une densité considérables.

Cette membrane, placée à la profondeur de six centimètres au-dessus des caroncules, offrait un cul-de-sac présentant à son centre une ouverture égale au tube de la plume de l'aile d'un poulet, par laquelle s'était accomplie la conception. Ce cul-de-sac était un diaphragme solide s'opposant à la descente de l'enfant, et que j'incisai doublement à l'aide d'un bistouri boutonné.

Ce diaphragme était formé par un repli de la muqueuse vaginale seule, et je pus reconnaître après l'accouchement qui se termina bientôt, que les déchirures que j'avais produites s'étaient étendues de bas en haut, sans altération de la membrane externe vaginale. Au quatorzième jour, ces déchirures étaient fermées.

L'accouchée est toujours vivante... Elle a gardé pendant longtemps une incontinence d'urine, qui s'est effacée graduellement et complétement, sans remèdes, au dixième mois... Pourtant cette incontinence, qui n'a jamais reparu pendant son état de veille, se montre quelquefois pendant son sommeil.

LECTURE

Ponction aspiratrice dans les hernies. — M. DIEULAFOY lit

un mémoire sur ce sujet. (Commissaires, MM. Saint-Germain, Verneuil et Dubrueil).

DISCUSSION

Rétrécissement du rectum. Traitement par la rectotomie. — M. VERNEUIL. M. Panas a apporté un précieux appoint à mes idées.

L'insuffisance des procédés classiques dans les cas graves de rétrécissement du rectum nécessite une pratique différente de celle qui était autrefois employée ; une section complète du rétrécissement et du segment sous-jacent de l'intestin avec division du sphincter, M. Panas l'a constaté comme moi, donne l'amélioration prompte des accidents et l'agrandissement du point rétréci.

La pièce de M. Panas démontre bien ce dernier point. La rectotomie complète doit désormais prendre rang dans la thérapeutique des rétrécissements et constituer une méthode. Ceci n'est plus discutable.

Mais il y a la question d'exécution, en d'autres termes la question des procédés. Elle est ici d'une importance incontestable. J'ai employé *l'écraseur linéaire*, M. Panas a employé *le bistouri*. Deux procédés sont donc en présence. Ils ont fait leur preuves dans le passé, reste à savoir lequel des deux doit être préféré dans l'avenir si, comme je l'espère, la rectotomie longitudinale passe dans la pratique. Je pensais que M. Panas ferait le parallèle, mais il n'a pas abordé la question, bien qu'elle intéresse beaucoup le praticien. Je vais donc l'examiner devant vous, et tout en félicitant mon jeune collègue d'avoir imaginé de son côté une opération utile, je vais chercher à démontrer la supériorité de mon procédé sur le sien.

Je fais à l'incision de la paroi rectale par l'instrument tranchant divers reproches. Elle expose à l'hémorrhagie. Si faible que soit celle-ci, elle peut être dangereuse si le sujet est très-affaibli, ce qui est commun dans les rétrécissements anciens du rectum. Si elle est forte, elle exige le tamponnement, difficile à bien pratiquer. Elle est pénible pour le malade. Elle prédispose à des inflammations graves des tissus péri-rectaux et peut amener la rétention, au moins momentanée, des matières fécales et des gaz.

Elle expose à des inoculations septiques par le fait du contact des matières intestinales avec la plaie récente, d'où des lymphangites et des érysipèles, que j'ai malheureusment observés après la fistule anale, la création de l'anus artificiel périnéal et d'autres opéra-

tions sanglantes sur l'anus et les procédés autoplastiques pour un rétrécissement anal.

Si l'incision ne donne pas d'écartement des lèvres, il y a des chances de réunion partielle, et alors on est dans la nécessité d'appliquer des mèches, une canule creuse, qui sont difficiles à placer et à maintenir, ce qui cause des douleurs et de l'inflammation.

Mais, dira-t-on, comment savez-vous tout cela, si vous ne l'avez jamais employé? Je l'ai employé dans une autre opération, la *fistule anale*.

Je l'ai déjà dit, la rectotomie pour rétrécissement est très-analogue à l'opération de la fistule anale.

Or, pour les fistules anales tant soit peu étendues, j'ai abandonné complétement le bistouri et j'ai adopté l'écraseur.

Quelquefois j'ai associé le fer rouge, dans les cas graves. J'ai supprimé absolument tout corps étranger, à l'exemple d'Alquié et d'autres. Depuis plus de quinze ans, jamais je ne m'en suis repenti.

J'ai opéré des malades qui sont presque morts d'hémorrhagie à la suite de fistule anale de moyenne étendue opérée avec le bistouri.

Ces objections à l'instrument tranchant, je les ai faites en 1863, dès ma première rectotomie pour rétrécissement.

Jamais je n'aurais osé inciser la masse indurée au bistouri, tant elle était épaisse et remontait haut. Depuis, j'ai persévéré.

Je ne vois pas d'objections à l'écraseur. Aucune n'est réellement sérieuse. L'opération n'est pas plus longue ni plus douloureuse. Le passage de la chaîne est parfois laborieux, mais que d'avantages en revanche.

Des rétrécissements graves du rectum ont été opérés de la sorte, et chez les malades que j'ai revus, la vie ne paraissait pas immédiatement menacée.

Quiconque propose une opération radicale doit s'attacher à ce qu'elle ne soit pas trop difficile, ni surtout trop dangereuse immédiatement, sans quoi les patients n'oseront pas l'accepter. Beaucoup seront effrayés du bistouri, tandis que chez tous on pourra appliquer la chaîne à écraseur, qui n'offre point de difficulté réelle.

Un peu de peine, de fatigue pour le chirurgien, voilà tout.

L'emploi de la chaîne à écraseur est un procédé d'élection, le plus facile de tous.

Un dernier mot. Tout en préférant la section avec l'écraseur, j'adopterais la rectotomie au lieu d'élection avec le bistouri, mais

avec emploi du fer rouge, mais je n'aurais point recours au bistouri de préférence.

M. DESPRÉS. J'ai vu plusieurs cas de rétrécissement du rectum, j'en ai vu qui naissaient, j'en ai vu qui se terminaient par la mort; les uns étaient constitués par des valvules, les autres étaient des rétrécissements fibreux étendus formant une virole fibreuse irrégulière et provenant de la cicatrisation d'une vaste ulcération chancreuse. Des malades avaient été opérés ; il y avait eu des sections répétées du rétrécissement. Les malades qui ont de ces rétrécissement ne guérissent pas par les opérations, car il en est de ces rétrécissements comme des rétrécissements de l'urèthre et de l'œsophage, on ne peut leur opposer que des palliatifs, la dilatation longtemps répétée, et avec mesure Mais les malades se fatiguent, ils oublient ou négligent de dilater, alors arrive l'ulcération située au-dessus du rétrécissement et qu'a si bien indiquée M. Gosselin, puis la colite et les malades finissent par mourir d'une tuberculose péritonéale ou pulmonaire. Cette échéance est à peu près certaine, on en trouve la preuve dans les faits publiés dans une observation de M. Verneuil et dans une de M. Panas. C'est au bout de dix et douze ans que cette fin arrive. J'ai vu des malades opérés par d'autres chirurgiens que moi, aboutir à la colite et à la tuberculose après des sections simples du rétrécissement, et même après l'ablation du rétrécissement.

La rectotomie ne peut avoir d'effet que si le rétrécissement est une simple valvule. Mais si le rétrécissement est un anneau fibreux la section n'est pas capable d'amener la guérison, et cela est si vrai que l'on est obligé de joindre à la section la dilatation avec la canule ou les mèches. Les observations de MM. Panas et Verneuil même en font foi. Je tiens à la disposition de la société les observations que je possède, et sur lesquelles je m'appuie pour dire qu'il faut ici faire une restriction et se mettre en garde contre des espérances que pourraient faire naître les opérations de rectotomie, eu égard à la guérison radicale du rétrécissement fibreux du rectum. Nous n'avons contre ceux-ci qu'un moyen palliatif, la dilatation.

M. PANAS. Mon procédé permet de bien voir le rétrécissement, l'hémorrhagie n'est pas à redouter, car on peut l'éviter. Je reconnais pourtant que pour les rétrécissements situés très-haut l'écraseur linéaire est préférable au bistouri, j'ai d'ailleurs beaucoup d'estime pour l'écraseur linéaire; la prédisposition aux érysipèles, je ne la nie point lorsqu'on emploie le bistouri, mais c'est une question de fait. Après l'opération, il faut dilater avec les canules et il le faut

dès le premier mois. Comme M. Després je crois que la rectotomie n'est pas entièrement curative et qu'elle a besoin d'être secondéet par la dilatation.

Quant à l'opération en elle-même, telle que je la conçois, elle me paraît meilleure que la section avec l'écraseur ; car, après avoir débridé l'anus, je coupe le rétrécissement en respectant l'intestin, je gradue l'incision et je puis ne pas dépasser les limites du mal, ce qui est un avantage. Enfin, et ceci est pour répondre à l'objection de M. Després, les résultats des incisions telles qu'elles étaient pratiquées autrefois, c'est-à-dire la rectotomie interne, ne peuvent permettre de juger la rectotomie externe, et c'est ce que je disais à M. Gosselin, qui ne jugeait pas nouvelle l'opération que j'ai proposée.

M. VERNEUIL. M. Panas et moi, nous sommes d'accord quant à l'utilité de l'opération de la rectotomie. M. Després est trop exclusif lorsqu'il attribue les rétrécissements fibreux du rectum à des chancres anciens. S'il a raison pour un certain nombre de cas, il y a des faits où le rétrécissement ne reconnaît pas cette origine. Maintenant M. Després dit qu'aucune opération ne peut guérir, mais compte-t-il les faits de guérison que j'ai obtenus chez des malades opérés il y a neuf ans? Les opérés se portent aujourd'hui dans la perfection. Ils ne souffrent point et ne s'aperçoivent pas de leur mal. Il est vrai que je n'ai point pratiqué le toucher rectal. La dilatation, dit notre collègue, est le meilleur palliatif à employer, mais elle est dangereuse ; il y a des cas de mort à la suite d'une simple exploration avec le doigt. Le traitement par la dilatation expose à de nombreuses récidives. Lorsqu'il y a des tissus indurés, on ne fait rien même lorsqu'on seconde la dilatation par les scarifications.

M. Panas dit qu'il n'a point vu d'érysipèle à la suite des opérations qu'il a faites, moi j'en ai vu à la suite de fistules à l'anus opérées. C'est là une question de faits observés par les uns plutôt que par les autres ; mais cela ne juge point le fond.

M. DESPRÉS. Il est si vrai que les chancres ont été le point de départ des rétrécissements que j'ai vu de véritables fistules opérées par des chirurgiens non prévenus qui ont été suivies de chancres de la plaie de l'opération de la fistule. Les fistules multiples qui accompagnent certains rétrécissements sont l'extension de l'ulcération phagédénique primitive. Les rétrécissements fibreux qui suivent ces ulcérations sont des cicatrices qui, même après leur ablation, ne peuvent guérir, et il ne reste toujours que la dilatation palliative

qui soit réellement utile ; encore, au bout de dix à douze ans, les malades finissent par succomber. Je ne parle pas, bien entendu, de ceux qui n'ont qu'une simple valvule, je parle de ceux qui ont un rétrécissement fibreux.

M. FORGET. Il y a deux opérations en présence : l'une incise le rétrécissement et l'intestin, l'autre n'incise que le rétrécissement. Le praticien qui lit nos discussions sera très-embarrassé en face d'affirmations exposées avec l'autorité que possèdent nos collègues.

M. Panas évite d'atteindre le tissu cellulaire pelvien, il agit comme on l'a recommandé pour les rétrécissements de l'urèthre, tandis que la méthode de M. Verneuil conduit à sectionner tout l'intestin. J'ai suivi Lisfranc pendant qu'il établissait les règles pour l'ablation du rectum et l'étude des dégâts occasionnés par une opération telle que la section de l'intestin rectum dans son entier doit donc être étudiée au point de vue de l'anatomie chirurgicale, ce que M. Verneuil est plus à même que qui que ce soit de discuter savamment. Je crois d'ailleurs, comme M. Després, que la rectotomie n'est qu'une opération palliative, et pour me résumer, je dirai que, des deux procédés, celui que j'aimerais peut-être le mieux serait l'opération de M. Panas.

M. VERNEUIL. Les praticiens et les élèves trouveront amplement, dans ma communication, les documents nécessaires pour les édifier.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Division congénitale de toute la longueur de la voûte palatine. Uranoplastie. Guérison. — M. LANNELONGUE présente un enfant de dix ans qui est entré dans son service à l'hôpital de la Charité pour une division congénitale de la voûte palatine et du voile du palais, avec un bec-de-lièvre concomitant.

Pour combler la division de la voûte palatine, dit il, j'ai eu recours au procédé que j'ai imaginé il y a plus d'un an aujourd'hui et que j'ai mis à exécution sur un jeune homme de 17 ans que la Société a pu examiner. Dans ce procédé autoplastique, l'emprunt du lambeau se fait sur la cloison des fosses nasales, et j'applique le bord libre de ce lambeau fibro-muqueux sur une des branches de la division palatine préalablement avivée.

Le procédé que j'ai adopté, qu'on pourrait appeler procédé nasal, a pleinement réussi. La solution de continuité est aujourd'hui comblée par une paroi épaisse, dense, dure même, qui semble déjà annoncer le travail d'ostéogénèse qui s'accomplit dans le lambeau.

Voici l'observation :

C... (Auguste), âgé de 10 ans, entre le 13 octobre salle Sainte-Vierge, n° 27, service de M. Gosselin, suppléé par M. Lannelongue.

Sur la lèvre supérieure, la division se trouve à gauche de la ligne médiane, au-dessous de la narine gauche, la lèvre droite se terminant au dessous de la cloison des fosses nasales, et la lèvre gauche un peu en dedans du bord externe de la narine gauche. La fente est plus large en bas, où elle a 3 centimètres de largeur, qu'en haut, où elle n'en présente que 1 1/2. Dans cette fente, apparaît l'incision supérieure médiane gauche, un peu contournée d'arrière en avant et de gauche à droite, de façon à présenter son bord gauche en avant. Le nez est fortement dévié à droite et la cavité de la narine droite très-diminuée au profit de la gauche. Division complète de l'arcade dentaire entre la première et la seconde incisive gauches, avec écartement de près de 2 centimètres. La seconde incisive gauche et la canine sont très-petites relativement aux autres dents. A ce niveau, la voûte palatine est le siége d'une large fissure, qui la parcourt dans toute son étendue; elle est partout large de 1 centimètre 1/2, sauf en un point plus rétréci, où elle atteint à peine 1 centimètre 1/4. Ce point correspond à la jonction des deux tiers supérieurs avec le tiers antérieur de la fissure, c'est-à-dire à l'endroit où, de directe d'arrière en avant, elle devient oblique de droite à gauche. En effet, cette fissure, commençant en arrière sur la ligne médiane, se dévie, une fois arrivée au niveau de l'orifice du canal palatin antérieur, pour aboutir entre la première et la deuxième incisive gauches. Le voile du palais est complétement divisé sur la ligne médiane, et une moitié de la luette se trouve de chaque côté, sous forme d'un tubercule charnu.

Voix très-nasonnée, paroles peu compréhensibles. Déglutition facile des solides et des liquides, non suivie de toux; les liquides ne passent pas par le nez — sens de l'olfaction peu délicat. — Lettres impossibles à faire bien prononcer : *e i u c d g j k l q r s t.*

M. Lannelongue décida qu'il s'occuperait d'abord de la restauration de la voûte palatine, ensuite de la staphylorapbie, et, en dernier lieu, du bec-de-lièvre.

19 octobre. L'opération est pratiquée sans anesthésie. On arrache la premiere incisive gauche supérieure. Le malade étant placé assis en face du jour, la tête penché en arrière et maintenue par un aide, les lèvres et les bords de la fissure sont écartés par des crochets. Avec un bistouri à long manche, à lame étroite et courte, le chirur-

gien pratique sur la cloison des fosses nasales une incision antéro-postérieure, située à environ 2 centimètres au-dessus du bord inférieur de la cloison : en avant et en arrière, il rejoint la voûte palatine par une incision verticale. Avec une rugine coudée, on détache ce lambeau, dont le pédicule s'étend sur toute la longueur de la ligne de jonction de la cloison des fosses nasales avec la voûte palatine, formant comme un volet que vient fermer la fissure de la voûte, en se rabattant de telle sorte que sa surface saignante regarde du côté de la fosse nasale et sa surface muqueuse du côté de la bouche. On remarque que l'épaisseur de ce lambeau est d'au moins 2 millimètres. La muqueuse palatine recouvrant la lèvre gauche de la fissure est avivée au bistouri dans toute sa longueur et sur une largeur d'un demi-centimètre (légère hémorrhagie fournie par une artériole et réprimée par la torsion). L'affrontement du bord libre du lambeau avec cette surface avivée se fait facilement, et on le maintient à l'aide de quatre points de suture métallique. Le malade, reconduit à son lit, sommeille presque toute la journée.

20 octobre. Nuit bonne. Bouillon et lait.

23 octobre. Potage et lait. L'adhésion est déjà faite; une suture métallique est enlevée.

31 octobre. Un nouveau fil métallique est enlevé.

1er novembre. Les deux derniers fils sont enlevés; l'adhérence est totale et solide.

10 novembre. Le lambeau, qui était primitivement rouge, a pris une teinte beaucoup moins vive; son épiderme est devenu plus dur; enfin il présente au doigt qui le presse une consistance qui pourrait déjà faire supposer le début d'un travail d'ostéogenèse.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. GISSEY soumet à l'appréciation de la Société un modèle de ressort et de verrou de son invention, applicable aux pinces coupantes de Liston et autres.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1872.

Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — *Bulletin général de thérapeutique*; — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*; — *Bordeaux médical*; — *De l'enseignement de la médecine en France*, par les agrégés de la Faculté de Montpellier.

M. Louis Gallez adresse à la Société les ouvrages suivants et demande à être compris sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger : *Des affections miasmatiques à Châtelet et dans les environs.* — *De l'emphysème traumatique primitif.* — *Observations sur des enfants monstrueux.* — *L'ouvrier houilleur.* — *Histoire des kystes de l'ovaire.* — *Du rétrécissement polypeux de l'urèthre chez l'homme et la femme.*

M. Dron de (Lyon), adresse une brochure intitulée : *Étude sur la fièvre uréthrale et sur l'uréthrotomie.*

A PROPOS DE LA CORRESPONDANCE

Malformation du squelette du bras. — M. BROCA présente, de la part du docteur Mauricet (de Vannes), une pièce pathologique présentant des particularités intéressantes. Voici une note résumée du fait :

L. P... (Victoire), décédée à 28 ans, en 1867 (septembre) à l'hôpital de Vannes dans mon service.

Jeune fille de la campagne, rachitique depuis son enfance, double incurvation de la colonne vertébrale, forte coxalgie du côté

gauche. Intelligence très-bornée et ne pouvant donner que très-peu de renseignements. Elle prétend que c'est vers l'âge de trois ans qu'étant tombée, à la campagne, sur son coude gauche, *elle y avait eu mal*, et depuis il était resté dans l'état où il est actuellement.

Nous avons donc une luxation du radius en avant, de *cause traumatique* n'ayant jamais été l'objet d'une tentative de réduction, les mouvements étaient très-limités.

Est-ce à la même cause qu'il faut attribuer l'état de la tête de l'humérus, ou à la fois à la cause générale, son rachitisme, et considérer la chute comme cause occasionnelle?

On ne se serait pas douté de son état sur le vivant.

En examinant cette pièce, dit M. Broca, on voit que la petite tête du radius n'offre pas la forme normale. La tête humérale est atrophiée, l'humérus est tordu. Tout porte donc à admettre, en prenant en considération le rachitisme évident de cette fille, qu'il s'agit ici d'une malformation du squelette du membre supérieur:

M. MAGITOT, élu membre titulaire, adresse à M. le président une lettre de remercîments à la Société.

M. LE PRÉSIDENT invite M. Magitot à prendre place parmi ses collègues.

ÉLECTION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1873

Président.

Sur 25 votants :

M. Trélat.	21 voix.
M. Perrin.	1 —
Bulletins blancs.	3 —

En conséquence, M. Trélat est élu président.

Vice-Président.

Sur 24 votants :

M. Perrin.	19 voix.
M. Demarquay.	3 —
M. Tillaux.	1 —
M. Marjolin	1 —

M. Perrin est élu vice-président.

1er Secrétaire.

Sur 21 votants :

M. Tillaux. . . . . 19 voix.
M. Saint-Germain. . . . . 1 —
Bulletins blancs. . . . . 1 —

M. Tillaux est élu 1er secrétaire.

2e Secrétaire.

Sur 18 votants :

M. de Saint-Germain. . . . . 16 voix.
M. Horteloup. . . . . 2 —

M. de Saint-Germain est élu 2e secrétaire.

Trésorier.

M. Guéniot est réélu par acclamation à l'unanimité.

Archiviste.

M. Giraud-Teulon est réélu archiviste, par acclamation, à l'unanimité.

Comité de publication.

Sont élus à la presque unanimité, MM. Blot, Panas, Guéniot.

Commission des congés.

Sont réélus, MM. Guéniot, Blot et Boinet à la presque unanimité des suffrages.

Commission pour l'examen des comptes.

Par voix de tirage au sort sont désignés : MM. Perrin, Labbé, Tarnier, Forget et Paulet.

Commission pour l'examen des archives.

Par voix de tirage au sort sont désignés : MM. Forget, Broca et Tarnier.

M. LE PRÉSIDENT annonce qu'il y a trois places de membre correspondant national déclarées vacantes.

DISCUSSION

Rétrécissement du rectum, rectotomie verticale.—M. PANAS donne l'examen histologique de la pièce recueillie sur la deuxième malade dont il a parlé; examen qui a été pratiqué par M. Valtat, interne de M. Panas.

Voici les détails :

Le tissu blanchâtre, d'aspect fibreux, qui constitue ce rétrécissement, ne présente nulle part de limites précises et comprend toute l'épaisseur de la paroi de l'intestin. Très-développé en avant, où il se confond intimement avec les tissus indurés de la région, il s'amincit graduellement en arrière.

Par la dissociation qui s'opère avec la plus grande facilité, on obtient de longs tractus exclusivement composés de fibres lisses ; sur des coupes, colorées au carmin et traitées par l'acide nitrique et l'acide acétique, on constate que ces éléments forment la presque totalité de ce tissu. Ils sont groupés en gros faisceaux, qui se montrent, les uns suivant leur longueur avec leurs noyaux caractéristiques en forme de bâtonnets, les autres suivant leur section. Entre les faisceaux, il existe du tissu conjonctif dense, représenté par des cellules étoilées, des fibres élastiques nombreuses et quelques trousseaux de fibres connectives. A la phériphérie, l'élément musculaire lisse devient moins abondant, les faisceaux s'écartent et bientôt on ne trouve plus qu'un tissu conjonctif aréolaire chargé de cellules adipeuses. Quant à la muqueuse, elle est remplacée par une mince couche de tissu fibreux à cellules ramifiées, recouverte de granulations. Enfin les vaisseaux, peu nombreux d'ailleurs, ne présentent d'autres particularités que l'épaisseur considérable de leurs parois. On doit donc regarder cette coarctation comme résultant d'une hypertrophie de la paroi de l'intestin et surtout de la tunique musculeuse.

M. TRÉLAT. Je n'ai pas d'expérience sur la rectotomie, je ne l'ai point pratiquée. Je ne crois pas que la question soit ici de savoir si l'on doit pratiquer la rectotomie de telle ou telle manière, par l'instrument tranchant ou par l'écraseur. Il s'agit de savoir si la rectotomie est une opération curative et si elle vaut mieux que les moyens employés autrefois.

J'ai la notion de cinq cas où il me paraissait nécessaire que nous possédassions un moyen thérapeutique convenable et utile. J'ai

employé pour un de ces cas la dilatation, et je m'en suis repenti. Voici le fait en résumé :

Une malade grasse, bien portante, vint me consulter à Saint-Louis avec un rétrécissement. Je le dilatai; la malade eut des abcès et une pelvi-péritonite, qui manquèrent de lui faire perdre la vie. elle sortit de l'hôpital amaigrie et ayant encore un rétrécissement.

Chez une autre malade, dont je parlerai plus tard et qu'on croyait atteinte de cancer du rectum, j'ai rétabli le diagnostic : c'était bien un rétrécissement syphilitique, un accident quaternaire, si je puis me servir de ce mot. Je l'ai revue il y a quelque temps, elle se traite par la dilatation avec les mèches; je lui ai proposé la rectotomie dont nous ont parlé nos collègues, la malade a refusé.

Je n'assimilerai pas la rectotomie à l'uréthrotomie, quoique MM. Verneuil et Panas reproduisent pour le rectum les raisons qui ont été invoquées pour l'urèthre. Je ne dirai pas non plus que la dilatation même celle qui est pratiquée avec précaution pour des explorations est dangereuse, ce serait aller trop loin, car les opérations de rectotomie le sont aussi, et ce qui rend la dilatation et les opérations dangereuses, c'est la gravité même du rétrécissement qui se complique souvent d'adhérences d'ulcères et de fistules.

M. Desprès a parlé de fistules qui accompagnent les rétrécissements; j'en ai vu qu tre fois : une fois chez un tuberculeux qui avait un rétrécissement du rectum; j'ai trouvé chez une femme de 40 ans un rétrécissement à 4 centimètres de l'anus, il y avait des traces d'ulcération à l'anus, un ulcère au dessus du rétrécissement et les fistules partaient de ces ulcères, nous l'avons constaté à l'autopsie.

Une autre malade, que j'ai vue il y a trois ans, était dans un misérable état; il y avait aussi des cicatrices autour de l'anus et dans l'espace ano-vulvaire, il y avait des fistules en arrosoir. C'était un cas d'accident syphilitique reculé. Les fistules se sont cutanisées, si je puis ainsi dire, et la malade vit aujourd'hui et a une existence supportable grâce aux mille soins dont elle s'entoure.

Une autre malade, enfin, est celle à laquelle j'ai proposé la rectotomie.

Les rétrécissements du rectum sont bien plus fréquents chez la femme que chez l'homme; le fait a été signalé, et quand le rétrécissement est le fait d'une syphilis reculée, il est très-facilement explicable à cause de l'écoulement de liquides purulents qui viennent sans cesse baigner l'anus. On dit aussi, en vue de poser des préceptes de diagnostic, que les rétrécissements d'origine syphi-

litique étaient situés plus bas que les rétrécissements d'origine tuberculeuse. Je ne vois pas pourquoi la hauteur serait un élément de diagnostic: je ne vois aucune raison anatomique; les rétrécissements du rectum se comportent comme les autres rétrécissements. Il y a une ulcération au dessus, comme on en observe dans l'urèthre en arrière d'un rétrécissement. Le processus est le même : dilatation en arrière de l'obstacle, fistules, inflammations de voisinage, telles que pelvi-péritonite.

Je conclus que, dans les rétrécissements graves du rectum d'origine syphilitique, il est indiqué d'essayer de les combattre par le traitement général, et quand l'on a épuisé les ressources de la thérapeutique médicale, je dis qu'il faut faire la rectotomie.

M. DESPRÉS. M. Trélat et M. Verneuil, exagèrent les dangers de la dilatation pour montrer les avantages de la rectotomie. Mais ils parlent toujours de la dilatation forcée avec les dilatateurs mécaniques, qui se trouvent en nombre dans l'arsenal des chirurgiens, et ce n'est pas celle-là qui est innocente et qui constitue pour moi le vrai traitement palliatif des rétrécissements et le moyen que Desault, Boyer et les anciens ont vanté avec raison, comme le seul que l'on puisse employer sans danger et avec autant de profit que toutes les opérations de rectotomie, lesquelles ne sont pas curatives. La dilatation qui est bonne, est la dilatation d'abord avec des mèches, progressivement plus grosses, et ensuite la canule de gomme. Vous dites, mais une simple exploration cause des accidents, comme cela a été observé par M. Lannelongue. A cela je réponds : si le rétrécissement est plus étroit que le doigt, le doigt qui explore force, et fait ce que ferait un dilatateur mécanique. La dilatation exécutée avec mesure permet au malade de vivre de longues années.

M. Verneuil a revu un malade opéré il y a neuf ans; les autres ont été opérées plus récemment, il y a trois et quatre ans; il verra ce qui leur adviendra. Je ne crois pas qu'il y ait de meilleurs résultats par la rectotomie que par la dilatation pratiquée avec mesure.

M. Trélat a dit : on sait que les rétrécissements syphilitiques sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme, et qu'ils sont dus en particulier chez les femmes au contact du pus sur l'anus, que ce sont des accidents reculés de la syphilis. Ceci a été l'objet des travaux de M. Gosselin, auxquels j'ai ajouté ce que M. Trélat donne comme une opinion anonyme et que j'ai pourtant appuyé sur des faits.

Il y a trois rétrécissements syphilitiques chez la femme pour un chez l'homme. Les rétrécissements que j'ai vus naître ne sont pas des accidents tertiaires ni quaternaires. M. Gosselin l'a dit, je l'ai répété avec de nouvelles preuves. Ce sont des *cicatrices* d'un chancre phagédénique du rectum ou de plaques muqueuses ulcérées du rectum devenues phagédéniques. Jamais on n'a vu un rétrécissement qui fût une production gommeuse. Il ne faut pas prendre en effet l'époque où on constate un rétrécissement pour la date de son âge, car il existe depuis des années quand on le constate, et ceci m'amène au dernier point que je désirais aborder, le traitement général contre les rétrécissements du rectum. Combien M. Trélat a-t-il vu de rétrécissements du rectum améliorés par le traitement spécifique seul? Je n'en connais pas un fait dans tous les livres où il est question de rétrécissements syphilitiques du rectum.

M. LANNELONGUE. Je voudrais dire à M. Després que je n'ai pas forcé en examinant ma malade. Les nombreuses personnes qui m'entouraient quand j'examinai la malade ne lui ont entendu pousser aucune plainte. Il y avait d'ailleurs des petits abcès qui expliquent très-bien comment le moindre attouchement ait pu en provoquer la rupture.

J'ai déjà vu, pour ma part, deux rétrécissements du rectum. Voici les faits : Une femme que j'ai traitée en ville avait un rétrécissement syphilitique valvulaire datant de sept à huit ans. Je fis une incision par le procédé de la rectotomie interne. La récidive survint. Je fis alors la dilatation brusque. Je n'eus pas plus de succès. Je revins à la dilatation lente et progressive, et je n'eus pas plus de succès.

Chez une autre femme qui avait eu la variole et une dysenterie et peut-être quelques lésions des organes génitaux antérieurement, le rétrécissement était à sept ou huit centimètres au-dessus de l'anus. Je pratiquai la dilatation avec les tentes, les mèches et les canules. La dilatation lente a échoué.

M. TRÉLAT. Je n'ai point cité le mémoire de M. Gosselin et celui de M. Després, parce que les faits dont ils ont parlé étaient connus, et parce que tous les rétrécissements n'ont pas l'origine qu'ils leur reconnaissent.

Les malades que j'ai observés n'avaient pas la syphilis récente, d'autres ne l'avaient pas du tout. Oui, M. Després a raison, les anciens employaient la dilatation, mais ils avaient constaté son impuissance, et c'est pour cela qu'ils croyaient nécessaire d'imaginer

une autre méthode et qu'ils étaient arrivés à des moyens violents, la dilatation forcée.

PRÉSENTATION DE MALADE

Nécrose presque totale du maxillaire inférieur chez une petite fille de 2 ans et demi. — M. GUÉNIOT. Cette enfant est entrée il y a deux jours dans mon service avec les lésions suivantes :

Le maxillaire inférieur est nécrosé dans presque toute son étendue; et isolé à ce point, des parties molles adjacentes, qu'on peut introduire le doigt sur son bord inférieur, entre la lèvre buccale et l'os. Celui-ci est, comme on voit, très-mobile, se laisse soulever et éloigner du bord gingival correspondant, qui est situé audessous de lui; il n'adhère plus que faiblement par ses deux extrémités. C'est un véritable séquestre, dépouillé de toute trace de périoste. De chaque côté de la ligne médiane, les quatre alvéoles antérieures sont vides, un peu altérées dans leur forme; la cinquième, au contraire, c'est-à-dire celle qui répond à la deuxième petite molaire, est pourvue à droite comme à gauche d'une dent saine, qui contraste par sa blancheur avec la teinte gris sale de l'os.

A la palpation de la région, on reconnaît sans peine, et de la façon la plus nette, qu'il existe un maxillaire de nouvelle formation occupant toute l'étendue (excepté en hauteur) du maxillaire nécrosé. Ces deux os superposés donnent à la partie inférieure de la face des dimensions exagérées, et à la physionomie, un aspect caractéristique.

L'enfant, quoique fort gênée par la présence dans la bouche d'un corps étranger si volumineux, peut mâcher encore la mie de pain et s'alimenter; sa nutrition ne paraît pas avoir notablement souffert. La salivation est abondante et l'haleine très-fétide; mais il existe à peine des traces de suppuration, et les parties molles ne sont en aucun point enflammées, ni douloureuses. La mâchoire supérieure est complétement saine et pourvue de dix belles dents.

D'après les renseignements que j'ai recueillis, cette petite fille fut atteinte de rougeole dans les premiers jours d'août dernier. Deux ou trois semaines plus tard, ses huit dents antérieures tombaient successivement; et, chose singulière, en même temps que cette chute, apparaissaient les secondes molaires qui aujourd'hui existent encore, quoique reposant sur une portion osseuse nécrosée.

Le traitement employé consista uniquement dans l'administration de quelques doses de vin antiscorbutique.

L'extraction du maxillaire, opérée le lendemain à l'aide d'un davier, n'a offert aucune difficulté et n'a provoqué qu'un écoulement sanguin très-modéré. A l'exception de ses portions montantes, l'os est absolument complet. L'inspection de la bouche fait voir, sur toute sa longueur du bord gingival inférieur, une plaie linéaire occupant l'*angle antérieur de ce bord.* C'est sans doute en ce point que l'os nécrosé a traversé son revêtement gingival pour s'élever au-dessous de lui. — La face est redevenue plus régulière, et la difformité serait ultérieurement presque nulle, si l'os nouveau ne devait être dépourvu de dents.

A 5 heures, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1872.

Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux;* — l'*Union médicale;* — la *Gazette hebdomadaire;* — le *Bordeaux médical;* — la *Revue médicale de Toulouse;* — le *Lyon médical;* — la *Revue médicale de Limoges;* — la *Gazette obstétricale.*

M. LARREY offre à la Société les thèses de chirurgie soutenues à la Faculté de Paris en 1871-72 ; — le *Rapport sur les prix Montyon,* fait à l'Académie des sciences, le 25 novembre 1872, par M. H. Larrey.

M. GIRALDÈS, membre titulaire, écrit à la Société pour lui de-

mander le titre de membre honoraire. Cette demande sera soumise à la Société, dans sa séance du 22 janvier.

PROPOSITION

M. FORGET dépose, au nom de plusieurs de ses collègues et au sien, la proposition suivante :

« La Société de chirurgie, en présence de l'occupation du territoire français par l'étranger et des malheurs privés dus à l'inondation, décide qu'elle n'aura pas de banquet annuel. Elle ouvre une souscription dans son sein au profit des inondés. »

Ont signé : MM. Larrey, Marjolin, Alp. Guérin, Boinet et Forget.

M. LE PRÉSIDENT met la proposition aux voix. Elle est adoptée à l'unanimité.

M. LE TRÉSORIER recueille les souscriptions et est chargé d'en faire parvenir le montant à destination.

COMMUNICATION

Réunion par première intention sous le pansement ouaté — **M. A. GUÉRIN** présente un exemple de réunion par première intention, à la suite d'une amputation de cuisse obtenue sous le pansement ouaté. Bien que, dit le présentateur, je n'aie point l'habitude de chercher la réunion par première intention sous le pansement ouaté, j'ai fait ici ce que fait M. Desormaux, et j'ai obtenu de la sorte, à Paris, fait rare, une réunion par première intention.

Le malade a succombé ; mais, sur cette pièce vous en voyez la cause : il y a une ostéomyélite du fémur qui existait avant l'opération, et qui a entraîné l'infection purulente. Le 4 décembre, l'amputation a été faite pour une tumeur blanche ulcérée du genou ; mais le 6 déjà, il y a eu une irrégularité dans le pansement ouaté ; la plaie était à découvert, on a dû recommencer le pansement.

Je crois que la compression élastique et l'incubation ont eu là l'utilité réelle qui a été constatée dans des cas où le pansement ouaté a réussi. La chaleur uniforme maintenue autour de la blessure par la ouate met les plaies dans les conditions de celles qu'on traite dans les climats chauds, et qui se réunissent si bien par première intention.

Je fais ici encore mon profit d'un travail qu'un interne distingué

des hôpitaux achève en ce moment. Ce travail montre que tous les faits de greffe épidermique, de réimplantation de tissus divisés, ont repris pendant les temps chauds. La chaleur régulière est donc un des effets salutaires du pansement ouaté.

M. BLOT. L'ostéomyélite est certainement la cause de l'infection purulente.

M. LANNELONGUE partage l'avis de M. Blot. Il ajoute que la pièce est un bel exemple de réunion immédiate et que ce qui est particulier, c'est le défaut de réunion de l'os aux parties molles et de cicatrice du squelette. Pour ce qui est de la régularité de la température sous le pansement ouaté, je crois que la théorie de M. Guérin n'est pas d'accord avec les faits. En l'absence d'expériences thermométriques, on ne conçoit pas *a priori*, et d'après les lois de la physique, que la température d'une partie puisse être maintenue à un égal degré, malgré une enveloppe de ouate. Pour ce qui est des opérations pendant la chaleur de l'été dans nos climats, je les crois plus avantageuses que les opérations pendant l'hiver, car, en été, il y a plus d'écarts dans la température qu'il n'y en a en hiver.

M. DESPRÉS. Mais les os ne se réunissent jamais par première intention avec les parties molles. Ce que l'on voit sur cette pièce n'est pas exceptionnel : c'est la règle. Velpeau l'avait bien démontré, la réunion des plaies d'amputation n'est jamais complète ; il y a toujours une suppuration de l'os qui s'écoule autour du fil à ligature.

M. A. GUÉRIN. La ouate est un isolant qui maintient autour du membre une température constante. Il n'est pas besoin de thermomètre ; on sait bien que la glace entourée de ouate ne fond que très-lentement dans un milieu même dont la température est élevée.

Dans les cas où j'ai traité la plaie d'amputation sans réunir, j'ai vu l'os se couvrir de bourgeons charnus ; mais, dans ce cas, l'os, comme vous le voyez, n'était pas recouvert de bourgeons charnus. Il n'y avait pas de pus autour de la section ; il y avait seulement un peu de pus sur le côté.

M. LANNELONGUE fait observer que la glace fond à la longue, et que le corps humain ne peut être comparé à la glace.

ÉLECTION

Commission pour l'examen des titres des candidats à la place de membres correspondants.

Sont élus : MM. Marjolin, Panas, Paulet, Chassaignac, Boinet.

RAPPORTS DES PRIX

Prix Laborie. — M. PAULET, au nom d'une commission composée de MM. Blot, Verneuil, Le Fort, Guéniot et Paulet, *rapporteur*, lit le rapport sur les travaux envoyés pour le concours du prix Laborie.

Messieurs, la commission que vous avez chargée d'examiner les travaux envoyés à la Société de chirurgie pour concourir au prix Laborie, a dû prendre connaissance de cinq mémoires dont j'ai à vous présenter une analyse succincte, en vous signalant ceux de ces travaux qui ont particulièrement frappé notre attention.

Le mémoire n° 1 comprend deux parties bien distinctes, ou pour mieux dire, deux mémoires séparés, quoique se rapportant à des questions essentiellement connexes. La première de ces parties est intitulée : *De l'état des veines et en particulier des veines inter et intra-musculaires à la surface et au voisinage des plaies en suppuration. Rapport de cet état avec la théorie embolique, la pyohémie.* La seconde partie a pour titre : *Note pour servir à l'histoire de la phlébite inguinale consécutive à la compression de l'artère fémorale au pli de l'aine.*

Le simple énoncé de ces deux titres vous démontre suffisamment qu'il ne s'agit point là d'une découverte scientifique dont l'auteur puisse revendiquer la priorité. Depuis plusieurs années, en effet, ces questions ont été portées devant la Société de chirurgie, et développées avec un incontestable talent par un de ses membres les plus actifs. Cependant, malgré cette absence d'originalité, quant au fond, on ne saurait se dissimuler que le travail dont j'ai l'honneur de vous rendre compte ne soit une œuvre recommandable et de nature à jeter un jour nouveau sur ce point encore litigieux de nos connaissances en pathogénie. Des observations consciencieusement rédigées, des dissections délicates et laborieuses ont permis à l'auteur de démontrer d'une façon convaincante la possibilité, je

dirais presque la facilité du passage du pus sécrété par la plaie dans les veines voisines restées perméables, ainsi que la thrombose des veines intra-musculaires enfouies dans le corps même des muscles qui font partie des parois ou des surfaces de la plaie. Il va sans dire que, dans tous les cas, les sujets avaient succombé à la pyohémie, et que la lésion veineuse semblait manifestement avoir été le point de départ des abcès métastatiques révélés par la nécropsie.

Les observations contenues dans la seconde partie prouvent également que la compression de l'artère fémorale au pli de l'aine peut déterminer une péri-phlébite inguinale et un thrombus de la veine fémoro-iliaque susceptible de donner lieu à des embolies pulmonaires.

En résumé, si l'auteur s'est engagé dans une voie déjà ouverte par d'autres, il l'a parcourue en l'élargissant, et, à ce titre, votre commission se plaît à lui reconnaître un mérite réel.

Le mémoire n° 2 porte pour épigraphe : « *La chirurgie de l'avenir doit être la chirurgie conservatrice* ». Il a pour titre : *De l'immobilisation dans le traitement des fractures des membres à l'aide des bandages silicatés et des appareils à attelles plâtrées.* On chercherait vainement dans ce travail autre chose que ce que l'on trouve dans la plupart des ouvrages classiques. La première partie contient une description résumée de tous les bandages d'appareils actuellement en usage pour le traitement des fractures des os longs. Dans la seconde partie, l'auteur passe successivement en revue les différentes fractures dont les membres peuvent être le siége; il insiste plus particulièrement sur les avantages des appareils plâtrés et silicatés, en citant quelques observations à l'appui. Permettez-moi, messieurs, de ne pas m'arrêter plus longtemps à l'analyse de cette compilation. Tout en rendant justice aux patientes recherches et au zèle de l'auteur, votre commission regrette cependant qu'il ait donné à son travail une forme purement descriptive, et, qu'à défaut d'idées nouvelles, il n'ait pas fait une part un peu plus large aux appréciations critiques.

L'auteur du mémoire n° 3 s'est proposé de réhabiliter une opération bien discréditée aujourd'hui; je veux parler de l'abaissement du cristallin cataracté. Pour tout chirurgien un peu au courant de l'ophthalmologie actuelle, il y a là évidemment une tendance rétrograde; aussi votre rapporteur croit-il ne pas trop s'avancer en vous disant que chacun des membres de votre commission s'est senti saisi d'un certain sentiment de défiance en com-

mençant la lecture de ce travail. Pourtant, nous devons être justes et reconnaître que loin de se borner à de simples assertions, l'auteur a fait valoir, en faveur de la thèse qu'il soutient, des arguments de quelque valeur, qu'il a discuté la question en homme compétent, et qu'il appuie ses conclusions sur une expérimentation aussi complète que le temps et les circonstances le lui ont permis; réalisant ainsi, du moins à ses propres yeux, le judicieux précepte contenu dans cette épigraphe, qu'il emprunte à Lamotte : « La sagesse, dans les sciences, consiste à n'adopter des grands maîtres que ce que la raison et l'expérience démontrent. » Quelques lignes me suffiront pour vous esquisser à grands traits les points originaux de ce travail.

Dès le début de sa carrière, l'auteur opérait toutes ses cataractes par extraction, mais il n'eut pas lieu d'être satisfait du succès de ses opérations. Conduit par ces revers à pratiquer la réclinaison selon la méthode ancienne, il vit que, dans des cas identiques en apparence, les résultats étaient tantôt excellents, tantôt détestables, ce qui l'amena à chercher la raison de ces différences. D'après lui, les accidents observés après la réclinaison du cristallin tiennent à ce que l'on abaisse en masse tout l'appareil cristalinien, c'est-à-dire la lentille et son enveloppe, d'où une lésion des membranes internes de l'œil, la déchirure des insertions de la cristalloïde, le tiraillement de la zonule de Zinn, etc., indépendamment de la présence, au milieu du globe oculaire, d'un corps étranger absolument rebelle à l'absorption. Au contraire, divise-t-on très-largement les deux feuillets de la cristalloïde? On évite ainsi la déchirure de la zonule de Zinn et ses conséquences fâcheuses; en outre, le cristallin *seul* est abaissé. Or l'expérience démontre que la lentille, mise directement en contact avec l'humeur vitrée par toute sa surface extérieure, est susceptible de subir une résorption complète. Chez trois opérés, le cristallin a remonté et a reparu derrière la pupille; mais, le sachant bien dépouillé de ses enveloppes, l'opérateur n'a point cherché à le déplacer de nouveau, espérant que l'absorption le ferait disparaître. Dans ces trois cas, le résultat prévu ne s'est pas fait attendre et la vision s'est parfaitement rétablie.

Voici comment l'auteur arrive à réaliser cette énucléation préalable du cristallin.

Il ponctionne la sclérotique à 3 ou 4 millimètres en dehors de la cornée, un peu au-dessus du diamètre transverse du globe oculaire; il plonge son aiguille directement vers le centre du corps vitré. Il la ramène ensuite d'arrière en avant, et, dans son second temps,

divise largement la cristalloïde postérieure, par une incision cruciale. Puis il s'occupe de la réclinaison qui s'opère toujours sans résistance et sans déchirure. Dans un quatrième temps, il fait, à la cristalloïde antérieure, une grande incision cruciale qu'il considère comme très-importante pour le succès de l'opération. Enfin il retire l'aiguille.

Si l'on tient à la statistique annexée au mémoire, les résultats de cette opération sont vraiment admirables. Seize opérés, quinze guéris! jamais d'accidents inflammatoires! jamais de cataractes secondaires. Les succès sont-ils exclusivement attribuables au procédé opératoire suivi, ou dépendent-ils de quelque autre circonstance? Votre commission craindrait de se prononcer à cet égard; car elle ne possède pas entre les mains des éléments suffisants pour résoudre la question. Toutefois, cette réserve faite, il ne lui en coûte pas de reconnaître que le travail dont j'ai l'honneur de vous entretenir est l'œuvre d'un homme qui sait et qui cherche.

« *Mémoire sur les plaies intestinales. Description d'une nouvelle suture et application de cette suture à la taille hypogastrique.* » Tel est le titre du mémoire n° 4 dans lequel nous trouvons la description de trois appareils destinés aux sutures transversales, aux sutures longitudinales et aux sutures obliques de l'intestin.

L'appareil pour les sutures transversales rappelle l'appareil de Denan, dont il n'est guère qu'une simple modification. Il se compose de deux viroles qui, au lieu d'être maintenues par une troisième virole concentrique aux premières, sont pourvues de pointes qui leur permettent de s'affronter bout à bout, de manière à former un seul cylindre creux.

L'appareil pour les sutures longitudinales est constitué par deux petites baguettes plates, garnies de liége sur un de leurs grands côtés et munies, sur ce même côté, de pointes qui traversent le liége et font saillie au dehors. Pour réunir une plaie longitudinale, on applique l'une de ces baguettes sur la surface interne d'une des lèvres de la plaie, de façon à ce que les pointes traversent les tuniques intestinales de dedans en dehors. L'autre baguette est appliquée de la même façon sur l'autre lèvre. Saisissant alors de chaque main une baguette, on les réunit en une seule, en faisant affronter dos à dos les lèvres de la plaie, qui se trouvent alors comprimées entre les baguettes.

Pour les plaies obliques, on se sert de baguettes analogues aux précédentes, auxquelles on donne seulement une courbure en rapport avec le plus ou moins d'obliquité de la plaie.

Quant à l'application que l'auteur prétend faire de ses petites baguettes à la réunion de la plaie faite à la vessie par la taille hypogastrique, elle nous a paru médiocrement heureuse et d'une utilité au moins douteuse. Au reste, quel jugement porter sur un travail de ce genre, uniquement consacré à la description, et dans lequel la partie expérimentale fait absolument défaut. Votre commission a pu certainement apprécier l'ingéniosité de l'auteur, mais elle ne pouvait être fixée, même approximativement, sur la valeur des instruments qu'il préconise.

Le mémoire n° 5 a pour titre : *Recherches expérimentales sur la capsule du cristallin*, et pour épigraphe : *Laboremus*. Il commence par une étude anatomique, histologique et physiologique du sujet, étude riche en documents historiques, en faits intéressants, et complétée par les recherches personnelles de l'auteur. Une seconde partie traite de la nosologie de la capsule, c'est-à-dire des opacités capsulaires et des cataractes secondaires. Enfin, dans un dernier chapitre relatif aux applications chirurgicales, on trouve l'exposé des différentes méthodes de kystotomie et l'application des procédés proposés dans ces dernières années pour effectuer l'ablation de la cristalloïde, soit pendant une première opération d'extraction, soit à la suite de cataractes secondaires. Ce travail se recommande autant par le choix du sujet que par la façon sérieuse dont l'auteur l'a traité, et, si l'on peut lui reprocher, avec quelque raison, le manque d'aperçus nouveaux, on doit ajouter qu'il établit nettement l'état de la question et qu'il dénote, chez son auteur, une connaissance approfondie des théories et des faits afférents à l'ophthalmologie.

Après avoir pris connaissance de ces cinq mémoires, votre commission n'a pas eu un seul instant d'hésitation, et, tout en rendant justice aux qualités diverses que présentent ces travaux, elle a déclaré à l'unanimité qu'il n'y avait pas lieu de décerner, cette année, le prix Édouard Laborie. Toutefois, les trois mémoires inscrits sous les n°s 1, 3 et 5 lui ont paru mériter plus qu'une simple mention, en raison de leur incontestable valeur. Elle a cru, en outre, équitable d'établir une distinction entre ces travaux et de vous signaler en première ligne le mémoire n° 5 comme supérieur aux deux autres, tant par les recherches personnelles de l'auteur que par la façon complète dont la question y a été développée.

Elle vous propose, en conséquence, d'accorder, à titre d'*encouragement :*

1° Une somme de 800 francs à l'auteur du mémoire n° 5 portant

pour épigraphe : *Laboremus*, et pour titre : *Recherches expérimentales sur la capsule du cristallin;*

2° Une somme de 500 francs à l'auteur du mémoire n° 1 (sans épigraphe), intitulé : *De l'état des veines et en particulier des veines inter et intra-musculaires à la surface et au voisinage des plaies en suppuration;*

3° Une somme de 500 francs à l'auteur du mémoire n° 3, sur l'abaissement de la cataracte, portant pour épigraphe : *La sagesse, dans la science, consiste à n'adopter des grands maîtres que ce que la raison et l'expérience demontrent.*

Prix Duval. — M. LANNELONGUE, au nom d'une commission composée de MM. Marjolin, Panas, Tillaux, Duplay et Lannelongue, lit le rapport sur les thèses envoyées pour le concours du prix Duval.

Trois thèses ont été adressées à la Société. Leur importace mérite de fixer votre attention, mais je me hâte de vous dire qu'elles ne répondent pas également à l'esprit qui doit diriger sur le choix de la récompense à donner.

Le travail de M. Hybord, intitulé : *Des calculs de la vessie chez la femme et la petite fille*, est avant tout une monographie correcte et calquée sur le modèle des descriptions classiques. Un premier chapitre renferme quelques considérations anatomiques où l'auteur expose le résultat de quelques recherches sur les dimensions de l'urèthre et l'étendue de l'espace qui sépare ce canal des branches ischio-pubiennes; ces résultats n'ajoutent que peu de chose aux notions acquises. Dans les autres parties qui composent l'historique, les symptômes, le diagnostic et le traitement, on retrouverait, poussées à un haut degré, les qualités de la description classique, si une certaine diffusion ne venait nuire à la clarté de l'exposition.

La partie de ce mémoire qui arrête le lecteur est celle qui traite des indications et contre-indications d'où découle le choix de la méthode et des procédés qui doivent convenir à chaque cas.

Il serait trop long de vous donner les conclusions formulées par M. Hybord. D'une manière générale, elles ne s'éloignent pas d'ailleurs de celles que l'on accepte pour l'homme dans les cas de pierre d'un égal volume et de pareille densité. Ma proposition ne saurait comprendre toutefois les cas où la dilatation uréthrale est applicable, car cette méthode ne peut être adoptée à l'urèthre de l'homme.

Il ressort cependant d'une statistique donnée par M. Hybord que la taille a été plus souvent, beaucoup plus souvent pratiquée que toutes les autres méthodes, et, en effet, cette statistique comprend 211 cas de taille et 10 cas de lithotritie. Le premier de ces deux nombres comprend 191 succès et 29 morts, soit 9 0/0 de morts. Le second comprend 10 succès. Sans vouloir rapprocher ces chiffres, dont le rapprochement ne saurait fournir aucune conclusion favorable au choix de l'une ou l'autre méthode, on n'en est pas moins frappé du petit nombre de lithotrities dont les résultats ont été consignés; je crois que cette lacune peut être comblée en faveur de la lithotritie en disant que bon nombre de chirurgiens l'ont pratiquée sans publier leurs résultats.

Au surplus, cette statistique de 211 cas n'est pas assez précise, elle ne sépare pas les âges comme le titre du mémoire semble le faire pressentir, et à plus forte raison ne mentionne t-elle pas les cas, et cependant il est probable qu'il en est parmi eux beaucoup qui, par leur singularité, eussent légitimé précisément le choix de la taille. Un fait qui a lieu d'étonner et qui touche à l'âge des malades, consiste à ne voir figurer en aucun titre les hôpitaux d'enfants de Paris dans cette table statistique ou dans ce travail. Est-ce que, dans ces hôpitaux, pendant une période de 20 ans, par exemple, aucune des petites malades qui s'y sont présentées n'ont pas eu de pierre, ou bien est-ce que l'auteur a négligé de prendre des renseignements à cet égard? C'est qu'en effet, dans ce travail, les matériaux relatifs aux calculs pierreux des petites filles sont très-peu nombreux et insuffisants à fixer la question. Il est regrettable de ne trouver, dans le travail de M. Hybord, qu'une observation personnelle. A ce titre, il s'éloigne de l'esprit du fondateur.

La thèse de M. Foucault, intitulée : *Essai sur les tumeurs mixtes*, est certainement le travail le plus complet que l'on ait fait sur ce point. Les variétés anatomiques de ces tumeurs sont soigneusement distinguées les unes des autres, et cette étude s'accompagne d'une mention très-exacte des faits publiés. L'auteur a même fait quelques efforts pour distinguer cliniquement les variétés les unes des autres, et sans atteindre à cet égard des résultats positifs, néanmoins on doit lui savoir gré d'avoir cherché à pénétrer dans ces secrets, tout comme on doit lui être reconnaissant de l'examen historique qui précède son travail.

Une partie cependant n'a pas reçu tout le développement suffisant, je dirai même nécessaire; c'est celle qui concerne la thérapeutique de ces tumeurs. Ce n'est pas qu'on ne trouve pas,

dans ce mémoire, un exposé méthodique, précis et complet des procédés opératoires; tout cela est fidèlement décrit. On voit même, signalées dans les observations, les perturbations immédiates apportées dans le mouvement et la sensibilité par les opérations. Cependant M. Foucault n'a pas, à notre avis, interrogé assez longtemps les modifications ultérieures, et surtout, ce qui fait complétement défaut, ce sont les résultats de ces opérations suivis à long temps.

En n'abordant pas la question des récidives de ces tumeurs, dont il existe un certain nombre d'exemples, M. Foucault a oublié que ses descriptions anatomo-pathologiques devaient servir à éclairer la clinique et par suite le conduire à fixer la question des récidives.

Le mémoire de M. Malherbe est intitulé : *De la fièvre dans les maladies des voies urinaires*, et il contient des résultats importants sur les rapports de l'état fébrile avec les lésions du rein. J'ajouterai volontiers que ce sont ces recherches qui donnent à ce travail sa valeur et qui en constituent l'originalité. Il est vrai que l'auteur n'a pas eu l'initiative de cette idée, mais il la soutient avec plus de preuves qu'on ne l'a fait jusqu'à lui, et ces preuves, il les tire de ses observations personnelles et de ses examens cadavériques. Devant ces résultats et après discussion des autres théories, l'auteur est conduit à admettre que la lésion rénale précède la fièvre, qu'elle la détermine ; je dis plus, qu'elle est l'unique cause de la fièvre. Il y a donc, d'après lui, une altération rénale dont les termes pourraient être posés de la sorte : congestion au premier degré, suppurations partielles ou générales du parenchyme rénal, en dernière analyse, et entre ces deux formes une néphrite interstitielle qui a été surtout bien appréciée par M. Malherbe. Sans doute il serait aisé de faire la critique de la théorie qui comprend très-certainement un bon nombre de cas où les accidents fébriles sont la dépendance de la lésion rénale, mais qui a aussi la prétention de les subordonner tous sans exception. Mais si vous pensez comme moi qu'il n'y a pas lieu de discuter cette opinion, néanmoins, il m'a paru nécessaire de signaler une lacune à laquelle n'a pas songé M. Malherbe. Je veux parler de l'examen des urines pendant la période rénale congestive, examen qui a lui seul eût suffi à la faire reconnaître et eût donné un appui de plus à la théorie.

L'ensemble du mémoire démontre une étude consciencieuse qui n'a négligé aucun point. Les caractères de la fièvre urineuse sont

tracés avec une très-grande précision, précision qui manquait dans les descriptions antérieures, il faut le dire, et elle découle très-naturellement, dans ce travail, de l'analyse des faits recueillis par l'auteur. Cette analyse l'a conduit ainsi à montrer les différences essentielles qui séparent cette fièvre des fièvres intermittentes à accès pernicieux ou non, et par suite à éclairer la thérapeutique sur des points jusqu'ici controversés.

D'après ces considérations, la commission vous propose d'accorder le prix Duval à M. Malherbe, qui a recueilli de nombreuses et importantes observations.

A 4 heures et demie, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SÉANCE ANNUELLE

Présidence de M. DOLBEAU.

La séance est ouverte à 3 heures 1/2.

M. DOLBEAU, président, prend la parole en ces termes :

Messieurs et chers collègues,

L'article 20 de nos statuts place votre président dans l'obligation de faire, dans la séance annuelle, un rapport sur la situation morale et financière de la Société.

Tout d'abord, je suis heureux de vous affirmer que cette situation est des plus satisfaisantes; mais je dois faire plus, il me faut justifier cette assertion.

Je n'ai point à vous entretenir des travaux accomplis pendant l'année qui vient de s'écouler, M. le secrétaire va, dans un instant, remplir cette partie importante de notre programme. Ma tâche consistera à vous parler du personnel de la Société, je devrai vous ren-

seigner sur l'état de nos publications en même temps que sur la situation financière.

L'année dernière, à pareille époque, mon honorable prédécesseur vous rappelait la mort prématurée de ce pauvre Liégeois; moi aussi j'ai à vous signaler un vide qui s'est produit dans nos rangs. Denonvilliers, membre fondateur de la Société de chirurgie, honoraire depuis l'année 1856, a été enlevé à notre affection; le temps n'est pas éloigné où notre secrétaire général rendra hommage à la mémoire de ce maître illustre, si éminent d'ailleurs dans la pratique de la chirurgie.

De nombreuses vacances étaient signalées parmi les membres titulaires; j'ai à vous rappeler l'admission parmi nous de trois membres nouveaux, et je suis heureux de souhaiter ici la bienvenue à MM. Dubreuil, Lannelongue et Magitot. Ainsi se trouve porté à 33 le nombre des membres titulaires; encore deux nominations et la Société se trouvera, et pour longtemps, je l'espère, au grand complet.

La liste des membres correspondants étrangers atteint actuellement le chiffre réglementaire de 70. Enfin, par suite de la nomination de MM. Delacour, Beranger-Féraud et Baizeau, il vous reste seulement à pourvoir à 5 vacances dans la section des correspondants nationaux. J'aurai tout dit, si je mentionne que notre collègue M. Legouest a été, sur sa demande, classé dans la section des membres honoraires.

Il suffit, messieurs, de jeter un coup d'œil dans nos archives pour se convaincre immédiatement que notre Société renferme dans son sein l'élite de la chirurgie française. Je n'ai d'ailleurs pas besoin de rappeler que la liste de nos associés contient le nom des plus illustres représentants de la chirurgie à l'étranger.

L'existence des sociétés se manifeste par des travaux originaux, par de savantes discussions; c'est dans les publications de ces sociétés qu'il faut rechercher l'expression de leur vitalité.

Sous ce rapport, je n'ai que de bons renseignements à vous fournir relativement à notre association.

Le volume de vos bulletins, pour l'année 1872, sera distribué dans quelques jours; c'est le 1er tome de la 3e série. Vous le voyez de suite, messieurs, par ce seul fait, nos travaux ont reçu la publicité la plus régulière. Un traité nouvellement passé avec le propriétaire de la *Gazette des Hôpitaux* assure la permanence dans nos publications; mais je dois dire que c'est grâce au zèle de notre secrétaire si des fascicules en retard ont pu vous être distribués et si, à l'heure

qu'il est, le traité est en pleine voie d'exécution. Je suis heureux de remercier ici M. Després, et je ne crains pas d'ajouter que le secrétaire de 1872 peut être signalé comme un modèle aux secrétaires qui sont appelés à lui succéder dans l'avenir.

Le 1er fascicule du tome VII de nos mémoires est entre vos mains depuis bien longtemps; je suis heureux de vous annoncer la mise sous presse du 2e fascicule. Désormais, cette importante publication ne souffrira plus de retard; tout va se régulariser grâce au zèle de tous, et il faut ajouter, grâce à un budget mieux équilibré et mieux pourvu.

De nouvelles mesures viennent d'être prises pour assurer la distribution régulière et périodique des bulletins à nos divers correspondants. De justes réclamations trouveront ainsi entière satisfaction.

Comme vous le savez, messieurs, la prospérité des sociétés est subordonnée à bien des conditions, mais il en est une qu'on doit considérer comme fondamentale, c'est la base de toute l'opération : cette base est représentée par les ressources financières.

D'heureuses modifications dans le règlement, dans le mode de perception des cotisations; une grande régularité dans la rentrée des amendes; enfin, il faut le dire, une meilleure gestion de nos finances, toutes ces circonstances ont permis d'asseoir désormais le budget de la Société de chirurgie. Vous avez entendu le rapport de la commission des comptes, et je vous rappelle seulement que le budget de 1872 mentionne un actif de près de 15,000 francs.

Je crois être votre interprète en rendant ici hommage à notre trésorier. M. Guéniot, avec un zèle au-dessus de tout éloge, a su débrouiller notre situation financière, et il a réalisé, mais absolument cette fois, ce qu'on appelle l'équilibre du budget.

J'aurai rempli la tâche qui m'incombe lorsque j'aurai déclaré que, grâce aux efforts persévérants de M. Giraud-Teulon, nos collections et nos archives sont en ordre, que notre bibliothèque est très-avancée dans son installation définitive.

Messieurs, tous nos fauteuils sont occupés ou sur le point de l'être, le budget se solde avec un excédant relativement considérable, la publication de nos travaux est régulière et matériellement assurée; telle est, messieurs, la situation morale et financière de la Société de chirurgie. Je crois être dans le vrai en ajoutant que, par les travaux de ses membres, la Société a su conquérir une réputation indiscutable; elle a justifié sa devise et elle constitue à l'heure qu'il est le tribunal vraiment compétent de la chirurgie française.

COMPTE-RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE PENDANT L'ANNÉE 1872.

M. DESPRÉS, secrétaire annuel, a la parole.

Messieurs,

Vous voulez, à la fin de chaque année, entendre celui à qui vous avez confié l'entreprise d'une partie du monument que vous construisez. Votre secrétaire a donc le devoir et l'honneur de vous rendre ses comptes et de venir vous exposer un résumé de vos travaux. Sa responsabilité est certes légère devant votre bienveillance, mais elle est plus lourde à porter devant ceux qui liront vos bulletins, car je ne suis pas sûr, pour ma part, d'avoir pu imiter les procès-verbaux modèles de plusieurs de mes prédécesseurs au secrétariat.

Un examen critique des faits et des discussions de cet exercice serait moins l'œuvre d'un secrétaire que celle d'un journaliste rendant compte du volume de l'année 1872.

Dois-je juger vos présentations, vos discours et vos rapports ? En vérité, je ne saurais le faire, à moins de me servir du style des anciennes académies ou universités, style si propre aux fines allusions, aux congratulations confraternelles et pour lesquelles il faut rechercher les moindres paroles de ses collègues, afin de brûler au-dessous d'elles quelques grains d'encens. Faut-il faire une table des matières raisonnée ? Ce projet serait séduisant si votre secrétaire avait pour mission de glisser une analyse des travaux qui vous ont été envoyés et qui sont déposés aux archives avec une simple mention au Bulletin. Alors, en effet, on pourrait avoir pour guide le remarquable travail de Louis, *l'Histoire de l'Académie de chirurgie*, où vous avez trouvé des observations inédites qui sont devenues classiques. Mais tel n'est point le rôle de votre secrétaire, si j'en juge par les compte-rendus de mes prédécesseurs. L'analyse de vos travaux est en réalité la substance des discours remarqués qui ont été prononcés devant vous.

Vous avez donc, messieurs, pendant l'année qui vient de s'écouler, abordé de grandes discussions sur les résections, l'érysipèle, les lymphadénomes, les ponctions capillaires évacuatrices et la rectotomie.

Les résections sous-périostées ont été l'objet d'une discussion à

laquelle se sont mêlés plusieurs de nos correspondants. La plupart des membres de la Société de chirurgie ont été d'avis que les procédés de résections sous-périostées tels que les a proposés et exécutés M. Ollier, après avoir mis à profit les meilleures incisions du tégument sur lesquelles Textor et M. Chassaignac avaient appelé l'attention, après avoir mis à profit les enseignements tirés de la réparation des os longs par le périoste, après la formation lente de la nécrose, constituaient un progrès réel et que les malades en tiraient un bénéfice assuré. La Société a été à peu près unanime pour admettre que plusieurs articulations et le coude en particulier se prêtaient merveilleusement à l'application du procédé. Sans doute il y aura encore des discussions à cet égard, mais ce ne sera plus certainement le procédé que l'on discutera, ce sera, suivant la remarque de M. Giraldès, la valeur comparée d'un même procédé pour des cas pathologiques différents sur une même articulation.

M. Verneuil a constaté une fois de plus la production des érysipèles par suite de l'absorption du pus des plaies par les lymphatiques. Il vous a présenté, sous un jour nouveau, l'érysipèle, et l'a rattaché à l'adénite et à l'angioleucite. Il a dénommé érysipèles précoces ou érysipèles par auto-inoculation, les érysipèles nés subitement autour de plaies en suppuration. Une discussion approfondie s'est élevée à ce sujet, car l'érysipèle est tout dans l'origine qu'on lui suppose et dans la relation intime qu'il peut avoir avec l'angioleucite. Aucun sujet ne pouvait être mieux apprécié au sein de la Société de chirurgie, car nous voyons tous cette maladie chaque jour, et chacun avait à cet égard une expérience faite. Cependant, telle est la variété des esprits et la puissance des vieux écrits, que les opinions les plus opposées ont été défendues ici. L'érysipèle a pu être comparé à une fièvre éruptive, à une inflammation diffuse de la peau voisine du phlegmon diffus, enfin à une maladie infectieuse ou l'intoxication atteint à la fois le système lymphatique et le système veineux. Dans l'esprit de plus d'un, l'érysipèle et l'angioleucite étaient de même essence; pour d'autres, ils étaient entièrement distincts. La plus grande partie des membres de la Société : MM. Verneuil, Chassaignac, Trélat, Panas, Le Fort, Giraldès, Marjolin, Sée et votre secrétaire ont défendu chacune de ces opinions. Cette partie de vos bulletins n'est pas la moins importante, et la valeur des objections contradictoires ne manquera pas, à l'avenir, d'être comptée par ceux qui voudront de nouveau écrire sur l'érysipèle. Deux points ressortent de cette discussion. L'érysipèle doit

être considéré comme ayant pour origine un traumatisme ou une suppuration. La contagion de l'érysipèle, à laquelle votre secrétaire s'est efforcé de vous empêcher de croire, n'a pas reçu ici une consécration d'évidence à laquelle on eût pu s'attendre après les importants travaux que M. Gosselin a inspirés à ses élèves.

Vous le dirai-je aussi, votre discussion a retenti dans les Sociétés savantes de province. A Lille, M. Parise, un de vos correspondants les plus distingués s'est montré l'adversaire de la contagion de l'érysipèle.

Enfin, comme ces maladies que les médecins et les chirurgiens se disputent dans leurs livres, l'érysipèle a toujours été destiné à devenir l'objet de discussions philosophiques, et sans doute pour que rien ne manquât à la discussion, vous avez entendu M. Forget vous exposer la philosophie de l'érysipèle.

A l'occasion d'une communication de M. Trélat relative à un fait de généralisation d'adénites, avec production de tissu lymphoïde sur les points où il n'existe pas de ganglions lymphatiques, une discussion s'est élevée. Les esprits sont tournés vers des recherches sur ces lésions. Virchow, qui a étudié les lymphomes et les lymphadénomes, Hawkins et Bright ont fait des recherches anatomiques sur ce sujet. Trousseau avait abordé la question clinique en parlant de l'adénie. Les chirurgiens qui avaient admis, avec Lebert et Robin, un ganglioma ou cancer primitif des ganglions, avaient ébauché une nosologie et serré de plus près la question, mais rien n'avait été approfondi. Les discours de MM. Trélat, Verneuil, Panas et Giraldès ont touché à divers points de l'étude clinique de ce mal, mais, malgré des observations étendues, des analogies, des oppositions, des raisons plausibles, aucune preuve n'a été faite. La Société l'a si bien compris qu'elle a nommé une commission pour centraliser les renseignements sur le lymphadénome. Si votre secrétaire a bien compris, la question se trouve aujourd'hui posée de la sorte : Quelle est la nature et quels sont les signes d'une maladie distincte du véritable cancer et du sarcome qui, sans lésions antérieures de voisinage, débute par les ganglions lymphatiques, ne suppure pas, et gagne de proche en proche les chaînes des ganglions voisines les plus cachées, et arrive à une telle puissance de généralisation qu'on retrouve dans les lieux dépourvus de ganglions des tumeurs lymphoïdes contenant le même produit que les ganglions malades ? C'est là, je crois, la pensée de M. Trélat, qui a défini de la sorte les termes du problème.

Vous avez discuté de nouvelles pratiques chirurgicales. Jadis les ponctions capillaires avec le trocart explorateur ont été vantées pour les kystes du foie et de l'ovaire depuis Trousseau; elles ont été vantées pour les abcès chroniques et les collections d'origine hématiques par M. Voillemier; on connaissait la seringue aspiratrice, avec trocart plat, de M. J. Guérin; nous avions le robinet à double effet de Charrière. Il appartenait à un ancien élève de Velpeau, M. Dieulafoy, de réunir en un seul appareil et de mettre en usage les différents instruments et les variables procédés chirurgicaux des inventeurs anciens. L'instrument commode de M. Dieulafoy, accepté de suite par les médecins, et modifié heureusement encore par M. Potain, devait être utilisé en chirurgie. L'événement ne s'est pas fait attendre. M. Dolbeau a employé la ponction capillaire évacuatrice dans le traitement de la hernie étranglée; M. Dieulafoy est venu lire un travail sur les ponctions évacuatrices dans les articulations.

De ces deux points de départ, nous avons vu successivement provenir d'abord des observations de ponctions capillaires évacuatrices appliquées aux hernies dans le but de favoriser le taxis avant l'ouverture du sac : ce sont les communications de MM. Fleury (de Clermont), Terrier et Folet; puis MM. Bailly et Demarquay ont produit des faits où la ponction avait été pratiquée sur l'intestin mis à nu, avant le débridement. Mais ces faits et ceux que M. Verneuil a empruntés à sa pratique, ne sont pas probants en faveur de l'efficacité curative de la ponction capillaire évacuatrice dans les hernies; seulement ils ont tous montré que la ponction capillaire ne cause pas une lésion redoutable de l'intestin. Ceci, mis en lumière par MM. Dolbeau, Giraldès et Demarquay, était *a priori* concevable, car on se rappelle encore que Velpeau poussait très-loin la confiance en face des petites plaies et des petites perforations de l'intestin. Il conseillait, en effet, de réduire dans l'abdomen les intestins qui les présentaient, sans crainte de complication. La question reste néanmoins à l'étude. Les chirurgiens ne sont pas entièrement découragés en face du très-petit nombre de succès obtenus, et malgré la réprobation légitime qu'inspirent tous les moyens dilatoires qui retardent, si peu que ce soit, l'opération de la hernie étranglée.

Les ponctions capillaires évacuatrices dans les articulations, pour extraire les épanchements de toute nature, ont été moins discutées. Un fait rapporté par M. Dubrueil, la communication de M. Dieulafoy, laissent la discussion pendante. Elle a été à peine engagée, et

elle reprendra sans doute à l'occasion du rapport sur le travail de M. Dieulafoy.

Enfin, une communication de M. Verneuil sur la rectotomie verticale destinée au traitement des rétrécissements du rectum, a été l'occasion d'une discussion à laquelle ont déjà pris part MM. Trélat et Panas. Cette discussion n'est pas terminée ; c'est un héritage que l'année 1872 laisse à l'année qui la suit. Deux opérations sont en présence ; elle concourent au même but, la section du rétrécissement, mais par des moyens différents ; l'une sectionne de dedans en dehors avec l'écraseur ; l'autre sectionne de dehors en dedans avec le bistouri. Mais à ces pratiques chirurgicales une objection a été faite. Le résultat des opérations est-il une guérison radicale ? Les malades ne sont-ils pas obligés à faire la dilatation pour assurer la durée de leur guérison ? C'est là qu'est restée la discussion.

Diverses présentations ont provoqué de courtes discussions, telle est la substitution des courants continus faibles, mais permanents, aux courants forts, mais temporaires, pour les paralysies et contractures musculaires et les lésions de nutrition. M. Le Fort, auteur de cette communication, et M. Giraud-Teulon ont annoncé des résultats acquis, et des promesses qui feraient espérer de nouvelles ressources contre certaines lésions reconnues incurables. A une séance suivante, M. Le Fort a produit encore un fait, où le courant continu ascendant a donné lieu à une cessation immédiate d'un spasme tétanique. On ne saurait méconnaître le rôle que jouera un jour l'électricité dans la thérapeutique, et tous les efforts tournés vers ce moyen ne sont pas demeurés et ne demeureront pas stériles. Pour le moment, une question est posée. Les courants continus l'emporteront-ils définitivement sur les courants dérivés; le rôle de chacun d'eux est-il borné à des cas spéciaux ? Il n'est pas possible, en effet, d'affirmer encore quelque chose d'absolu, et c'est ce qui découle de l'intervention de MM. Bouvier et Perrin dans le débat.

La Société a été aussi préoccupée du traitement des anévrysmes cirsoïdes à propos de la communication de M. Labbé. Le rapport de M. Giraud-Teulon sur un travail du docteur Monoyer relatif à la fistule lacrymale a réveillé ici la comparaison entre les divers moyens de traiter les obstructions du canal nasal. MM. Verneuil, Chassaignac, Le Fort et Giraud-Teulon, ont pris parti pour et contre la dilatation du canal nasal d'après les procédés de M. Monoyer, et de cette courte discussion il est résulté que la dilatation temporaire, préconisée par Bowmann, est sortie victorieuse de la comparaison et a joui du bénéfice accordé à la dilatation temporaire

dans les rétrécissements en général qui partout se trouvent bien de ce traitement.

Vous avez aussi discuté l'opportunité des opérations chez les femmes enceintes. M. Tarnier, en parlant de l'ablation d'une tumeur fibreuse de la vulve, MM. Verneuil, Blot et l'un de nos correspondants, M. Thomas (de Tours), ont été d'avis que les opérations provoquaient en général l'avortement, ou causaient des hémorrhagies redoutables. MM. Chassaignac, Demarquay et votre secrétaire, ont défendu une opinion opposée.

Je n'entreprendrai point de rappeler chacune des observations qui vous ont été adressées ou communiquées; les observations d'ovariotomie suivies de guérison dues à MM. Panas, Le Fort et Letenneur; l'observation de fistule urinaire ombilicale, congénitale, opérée par M. Guéniot; les opérations d'uranoplastie à lambeau nasal inventées par M. Lannelongue; enfin l'opération d'une hernie obturatrice, dont M. Trélat a discuté les indications, le manuel et les complications. Il suffit de signaler ces faits, dont la lecture est bien plus profitable que l'analyse, même la mieux faite.

Il faut en dire autant des faits rares que renferment notre bulletin : l'arrachement du pied avec tous les muscles de la jambe, dont M. Debrou, notre correspondant, nous a envoyé l'observation; un cas de nécrose totale du maxillaire inférieur chez un jeune enfant, dû à M. Guéniot; des kéloïdes cicatricielles du col de l'utérus, de M. Cazin; un corps fibreux du col de l'utérus d'un diagnostic difficile, dû à M. Le Fort; un kyste hydatique de la mamelle, observé par M. Ledentu.

Plusieurs communications, qui n'ont pas été l'objet de discussions, doivent être ici rappelées. Les unes, parce qu'elles sont la confirmation de doctrines déjà émises à la Société de chirurgie; les autres, parce qu'elles sont destinées à servir de lumières pour éclairer quelques points obscurs d'une controverse déjà séculaire.

M. Champenois, médecin principal de l'armée, vous a présenté une série de faits de plaies pénétrantes du genou par armes à feu, qui ont été traitées et guéries par l'immobilisation et un pansement très-soigné : l'amputation a pu être évitée. Depuis longtemps, la chirurgie civile posait en principe que la conservation du membre était moins meurtrière que l'amputation de la cuisse. Ceux d'entre nous qui, pendant la dernière guerre, ont fait de la chirurgie d'armée dans de larges proportions, ont mis ce principe en pratique, et la grande statistique des blessures de la guerre de 1870 que prépare en ce moment le docteur Chenu, fournit

déjà d'amples témoignages de la supériorité de la conservation sur les amputations. Il est juste d'ajouter que la génération actuelle des chirurgiens de nos armées ne connaissait pas les avantages de la conservation. Ici même, à la Société de chirurgie, M. Legouest était d'avis que l'on devait tenter la conservation du membre dans tous les cas où il n'y avait point fracas des surfaces articulaires, et il ne faisait point d'exception pour le genou. Cet avis était celui de la majorité des membres de la Société de chirurgie à cette époque.

Depuis Quesnay, l'infection purulente est le sujet des théories les plus ingénieuses, mais celles-ci renferment toujours une ou plusieurs indéterminées, qui déroutent les esprits les plus synthétiques. M. Verneuil, à l'Académie de médecine, comme au milieu de vous, poursuit ces inconnues. Il a touché ici un point délicat de la pyogénèse. Une suppuration d'une plaie découverte entraîne-t-elle la suppuration des lésions traumatiques non exposées, c'est-à-dire sous-cutanées? A cette question, M. Verneuil répond par l'affirmative. Mais n'est-ce pas là une phase de l'infection purulente, comme le pense M. Blot, ou bien, comme le maintient M. Verneuil, la suppuration de la plaie cachée est-elle simplement le retentissement de l'état fébrile simple causé par la suppuration de la plaie exposée? On hésite entre les deux alternatives, car nous n'avons pas encore la théorie véritable du mécanisme de l'infection purulente, capable de rallier tous les esprits. Peut-être cela tient-il, ainsi que le dit le philosophe médical, à ce que le mal atteint vite les sources de la vie et est, comme ce qu'il détruit, un problème qu'il n'est pas encore possible de résoudre.

Des injections intra-veineuses de chloral ont été faites par M. Oré contre l'empoisonnement provoqué par la strychnine; l'auteur, en vous adressant le résultat des expériences faites à cet égard sur les animaux, inférait de celles-ci que le chloral injecté dans les veines était susceptible de guérir le tétanos. Ses expériences étaient concluantes, et M. Verneuil, à qui la question était le plus familière, n'a fait qu'une restriction à l'usage des injections intra-veineuses sur l'homme; il a dit seulement que la blessure d'une veine constituait un danger avec lequel le chirurgien devait compter.

Diverses autres communications ont attiré votre attention. Le rapport de M. Dolbeau sur les exostoses des sinus de l'olfaction, à propos d'une observation du docteur Pamard, a eu ici le caractère d'une véritable communication. Vous avez écouté avec curiosité les essais des greffes animales dont vous a parlé M. Dubrueil, et la tentative

de transplantation d'un lambeau de peau, entièrement détachée, sur une perte de substance, exécutée par M. Le Fort, tentative que Laugier, suivant la mention qu'en a fait M. Panas, aurait autrefois poursuivie. Vous vous êtes enfin intéressés à une communication de M. Duboué, relative à l'odeur acide de l'haleine, comme caractère diagnostic du diabète, et à un mémoire du docteur Magitot, notre nouveau collègue, sur l'anatomie pathologique des kystes des mâchoires, qui semblent devoir être rattachés à un trouble dans l'évolution du follicule des dents, ou à une lésion du périoste dentaire.

Tels sont, messieurs, les principaux travaux qni ont vu le jour cette année dans vos séances si bien remplies et si profitables pour ceux qui les suivent de près.

Je me suis permis de faire une petite modification à la table de vos bulletins. Pour suppléer aux lacunes de ce compte rendu, vous trouverez à la fin du volume une table des rapports et une table des communications originales, ayant le caractère dogmatique. Ces deux tables sont adjointes à la table analytique des matières et des auteurs qui appartiennent à l'économie ordinaire de vos bulletins. J'ajoute que votre président et votre secrétaire général ont été les instigateurs de cette modification.

Les comptes rendus ne comportent pas de péroraison. Cependant, messieurs, aucun de mes prédécesseurs n'y a manqué ; en terminant son discours il exprimait, avant les malheurs de notre pays, la joie qu'il éprouvait d'appartenir à une Société prospère et respectée. Depuis, la même joie était peut-être au fond du cœur, mais il ne venait aux lèvres que des paroles d'espoir, comme si nous-mêmes nous avions une revanche à prendre. Nos associés nationanx, disputés à leur ancienne patrie, nos frères de Strasbourg, privés du foyer d'instruction, où plus d'un hôte allemand s'était venu jadis chauffer, tout cela nous attristait et nous faisait souhaiter des jours meilleurs. Puis, malgré nous, nous nous sommes demandé si nous avions toujours donné le bon exemple.

Laissez-moi vous le dire en terminant, les assemblées de notre pays, à force de se croire supérieures au commun des hommes, oublient ou négligent de voir le spectacle de l'auditeur curieux qui suit leurs débats, non pour entendre ce qui est juste, non pour voir éclore des vérités nouvelles que les assemblées ne peuvent decréter ni voter, mais pour apprendre comment on peut utiliser des hommes distraits ou un noyau d'amis pour servir son intérêt ou sa fortune. Plus que les assemblées politiques, nous échappons à cet écueil,

grâce à la nature de nos travaux. Mais si nous sommes collègues ici, nous sommes rivaux ailleurs, rivaux en vertu du principe de la concurrence vitale, de la bataille pour la vie, cette loi naturelle qu'on retrouve au milieu des conditions sociales les plus compliquées. A la vérité, sauf les honneurs du bureau, nous n'avons rien à nous disputer ici ; la Société de chirurgie ne dispense aucune fonction lucrative. Mais nous parlons ici parfois pour le public et la clientèle plus que pour nous-mêmes, et c'est alors que nous donnons l'exemple; et quand, ouvertement, nous cherchons à faire mieux que nos rivaux ou concurrents, à les vaincre s'il se peut, mais avec des armes loyales, nous donnons cette fois le bon exemple en même temps que nous contribuons à relever le niveau moral et intellectuel de notre pays, ce qui est, à mon sens, la première de toutes les revanches de nos défaites.

M. GUYON, secrétaire général, a la parole pour prononcer l'éloge de Michon et Guersant, membres fondateurs et anciens présidents de la Société. (Voir les *Mémoires de la Société de chirurgie.*)

PRIX DÉCERNÉS PAR LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE EN 1872.

Prix Duval. — Le prix Duval, fondé en 1854 par J.-B. Duval, destiné à récompenser la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année et présentée au jugement de la Société de chirurgie, est décerné à M. le docteur Albert Malherbe (de Nantes), pour sa thèse intitulée : *De la fièvre dans les maladies des voies urinaires. Recherches sur ses rapports avec les affections du sein.*

Prix Laborie. — Le prix Ed. Laborie a été fondé en 1868 par Mme veuve Laborie.

La Société ne décerne pas de prix, mais elle accorde :

1° Un encouragement de 800 francs à M. le docteur J. Gayat (de Lyon) pour son travail intitulé : *Recherches expérimentales sur la capsule du cristallin. Applications chirurgicales;*

2° Un encouragement de 500 france à M. le docteur M. Desprez (de Saint-Quentin), pour son travail intitulé : *De l'énucléation du cristallin dans l'opération de la cataracte capsulo-lenticulaire*;

3° Un encouragement de 500 francs à M. Petit, interne provisoire des hôpitaux, pour ses deux mémoires intitulés : *De l'état des veines et en particulier des veines intra-musculaires à la surface*

et au voisinage des plaies en suppuration. Rapport de cet état avec la théorie embolique de la pyohémie.

Note pour servir à l'histoire de la phlébite inguinale consécutive à la compression de l'artère fémorale au pli de l'aine.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE POUR 1873

Prix Duval. — Par suite d'une donation de Duval, la Société de chirurgie a fondé, à titre d'encouragement, un prix de 100 francs en livres pour la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année.

Autant que possible, les recherches doivent s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

Sont admis à concourir les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes dans les hôpitaux civils ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine.

Les thèses soutenues depuis le 1er janvier d'une année jusqu'au 31 décembre de la même année sont seules admises au concours.

Deux exemplaires des thèses doivent être adressés à la Société avant le 15 janvier.

Prix Édouard Laborie. — Le prix Édouard Laborie est annuel et d'une valeur de 1,200 francs. Il est décerné au meilleur travail *manuscrit* sur un sujet quelconque de chirurgie; toutefois, la Société de chirurgie choisit tous les six ans un sujet spécial. Le sujet est indiqué une année à l'avance. Les mémoires écrits en français, en allemand ou en latin, doivent être adressés au secrétariat général de la Société de chirurgie, avant le 1er novembre de chaque année. Ils sont accompagnés d'un pli cacheté indiquant le nom et l'adresse de l'auteur.

Il n'y a pas de sujet désigné pour 1873; la Société n'ayant pas décerné de prix en 1870, 71 et 72, mais ayant accordé cette année une somme de 1,800 francs pour encouragements, aura à décerner, en janvier 1874, non-seulement le prix annuel de 1,200 francs, mais elle aura à disposer d'une somme de 1,500 francs pour distribuer des encouragements s'il y a lieu.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

FIN DU TOME PREMIER

TABLE DES RAPPORTS

LUS PENDANT L'ANNÉE 1872

Pages.

FIN DE LA TABLE DES RAPPORTS

TABLE

DES TRAVAUX ORIGINAUX

FIN DE LA TABLE DES TRAVAUX ORIGINAUX

TABLE
ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE
DES MATIÈRES

RÉDIGÉE PAR LE SECRÉTAIRE ANNUEL.

A

B

C

J

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

TABLE DES AUTEURS

B

C

D

F

G

H

J

K

L

M

O

P

R

S

T

V

FIN DE LA TABLE DES AUTEURS.

2981. — Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13